FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — **THÈSE** — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juin 1908, à 1 heure

Par M. Marcel CRÉMIEU

Né à Aix, le 14 décembre 1879

DES

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION DE PORRO

A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

(SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PINARD)

Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. BLANCHARD, RECLUS, *professeurs.*
COUVELAIRE, *agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.
Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (PIERRE).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALLET (GILBERT)
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN	MAILLARD.	RIEFFEL. *Chef des travaux anatomiques*
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE Maurice ABRAM

A M. Le Docteur H. TRUC

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Professeur A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAITRES

MM. Les Professeurs GRASSET, TÉDENAT, CARRIEU, GILLIS.

MM. Les Professeurs agrégés RAUZIER, De ROUVILLE, IMBERT, VIRES, SOUBEYRAN, de la Faculté de Médecine de Montpellier.

M. Le Professeur POZZI (*Externat* 1902-1903).

M. Le Docteur GUINARD, chirurgien des hôpitaux (*Externat* 1903).

M. Le Professeur agrégé Pierre DELBET, chirurgien des hôpitaux (*Externat* 1904).

M. Le Docteur BOULLOCHE, médecin des hôpitaux (*Externat* 1904-1905).

M. Le Docteur SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (*Externat* 1903).

M. Le Professeur PINARD (*Externat* 1905-1907, clinique Baudelocque).

A MES AUTRES MAITRES

M. Le Professeur agrégé MORESTIN, chirurgien des hôpitaux.

M. Le Docteur FOURNIER, médecin des hôpitaux.

M. Le Docteur GANDY, médecin des hôpitaux.

M. Le Docteur De MASSARY, médecin des hôpitaux.

M. Le Professeur agrégé V. WALLICH

M. Le Professeur agrégé LEPAGE, accoucheur de l'hôpital Boucicaut.

M. Le Professeur agrégé POTOCKI, accoucheur de la Pitié.

M. le Professeur agrégé COUVELAIRE, accoucheur des hôpitaux.

M. Le Docteur FUNCK-BRENTANO, accoucheur des hôpitaux.

A MM. Les Docteurs PERAIRE, JAYLE, DARTIGUES, BRESSET, HERSCHER, PAQUY, DELESTRE, SAUVAGE. DESCOMPS, MOUCHOTTE, LE MASSON, LACASSE et CAZEAUX.

PRÉFACE

Au début de ce travail, nous tenons à témoigner à M. le Professeur Pinard toute la reconnaissance que nous lui devons pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli auprès de lui au mois d'octobre 1905 et pour les nombreuses marques de sollicitude et d'inépuisable bonté qu'il n'a cessé de nous témoigner durant notre séjour à la clinique Baudelocque. Pénétré des idées généreuses qui sont la base de son enseignement, muni, nous l'espérons, de solides connaissances scientifiques puisées dans ses précieuses leçons quotidiennes, nous n'oublierons jamais que c'est à lui que nous devrons tout ce qui, dans le cours de notre future carrière, pourra nous procurer quelque contentement, nous occasionner quelque joie. Qu'il nous permette, enfin, de lui témoigner notre gratitude pour l'honneur très grand qu'il nous a fait en nous nommant répétiteur à la clinique Baudelocque à la fin de l'année 1907.

Durant tout notre séjour dans le service de M. le Professeur Pinard, nous avons eu l'heureuse fortune d'assister M. le Professeur agrégé Wallich dans son remarquable enseignement, et de profiter de ses si utiles indications pratiques auprès du lit des nouvelles accouchées et des berceaux des nouveau-nés, et de ses si claires et intéressantes leçons du jeudi. Nous lui exprimons encore notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en nous permettant de l'assister à son cours à la Faculté et, comme moniteur, aux manœuvres obstétricales à l'École pratique pendant le semestre d'été 1907.

Nous tenons, enfin, à remercier, très sincèrement, M. le Professeur agrégé Couvelaire, pour toutes les marques d'affectueuse bienveillance qu'il nous a prodiguées en de multiples occasions et, en particulier, de la très grande bonté qu'il a mise à nous aider de ses précieux conseils pour l'élaboration de ce modeste travail.

INTRODUCTION

Au cours du travail, toute dystocie rendant impossible ou dangereux l'accouchement par les voies naturelles peut nécessiter une *hystérotomie* abdominale.

Cette intervention, qui a pour but l'extraction du fœtus par l'incision de la paroi utérine, porte le nom d'*opération césarienne*.

A partir du moment où le fœtus est extrait, l'utérus peut être ou bien conservé et suturé : l'opération césarienne est dite *conservatrice* — ou bien, amputé : la césarienne est alors dite radicale.

Dans ce cas, l'on peut avoir recours :

Soit au *procédé de Porro* : amputation utéro-ovarique avec *extériorisation du moignon* ;

Soit à une *hystérectomie supra-vaginale* terminée par la suture du moignon qui, recouvert par le péritoine, reste intra-abdominal ;

Soit, enfin, à l'ablation complète de l'utérus et de ses annexes *par une hystérectomie totale*.

C'est à l'opération de Porro que nous consacrerons notre étude.

Nous ne reprendrons pas l'historique de l'opération de Porro (1). Rappelons simplement que le 21 mai 1876, Porro pratiqua de propos délibéré l'amputation utéro-ovarique comme complément de l'opération césarienne chez une femme

(1) Nous renvoyons en particulier au mémoire de M. le Professeur Pinard : De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. *Annales de gynécologie*, décembre 1879.

rachitique qui quitta avec son enfant vivant la maternité de Pavie 40 jours après l'opération.

L'opération césarienne radicale bénéficiant de la pratique de l'antisepsie se substitua immédiatement à la césarienne conservatrice et resta dans tous les cas l'opération de choix jusqu'à l'époque où les perfectionnements apportés par Sänger en 1880 à la technique de la suture de la tranche utérine vinrent permettre à la césarienne conservatrice de bénéficier à son tour de la pratique antiseptique. Dès lors l'hystérectomie ne fut pratiquée que dans les cas où une contre-indication à la conservation de l'utérus se présentait, et ces contre-indications se font chaque jour moins nombreuses, comme nous le verrons plus loin. Elles n'en existent pas moins, et la principale subsiste : l'infection des voies génitales au moment de la section césarienne.

Quelle doit être alors la technique de l'hystérectomie ? Les procédés modernes d'hystérectomie doivent-ils, pour le cas particulier de l'utérus pendant le travail, se substituer sans conteste au très simple manuel opératoire de Porro ? C'est là le point que nous voudrions étudier en versant au débat une série continue d'interventions pratiquées dans le même service hospitalier, la Clinique Baudelocque dirigée par M. le Professeur Pinard.

Nous décrirons les différentes phases subies par l'opération de Porro à la clinique Baudelocque. Nous serons ainsi amené à résumer le manuel opératoire selon les époques. Après nous être longuement étendu sur la façon actuelle de procéder, nous décrirons en détails les soins à donner jusqu'à son complet rétablissement à la femme qui a subi l'opération de Porro.

Pénétré de cette idée que, pour étudier et prouver, rien ne vaut l'étude sincère des faits, nous avons recueilli avec

le plus grand soin toutes les observations d'opérations de Porro (43 observations) et d'hystérectomies supra-vaginales et totales faites à la clinique Baudelocque, où, depuis notre entrée, en octobre 1905, il nous a été permis d'assister à plusieurs interventions de ce genre et d'en contrôler les résultats.

Nous aurons, pour la clarté de la discussion, à envisager la situation, de façon différente, d'après les cas suivants :

1° Utérus non infecté.

2° Existence de complications opératoires dues, soit à des tumeurs adjacentes, soit à des adhérences.

3° Utérus infecté.

4° Utérus rupturé.

Il va sans dire que nous resterons strictement cantonnés aux cas où l'on est appelé à intervenir au cours du travail. Nous laisserons donc de côté l'amputation de l'utérus et de ses annexes dans le courant de la grossesse ou pendant les suites de couches comme ultime moyen de traitement de l'infection puerpérale.

PREMIÈRE PARTIE

MANUEL OPÉRATOIRE

D'une façon générale, l'opération de Porro comprend de 5 temps :

1° Incision de la paroi abdominale.

2° Incision de l'utérus et extraction de l'enfant.

3° Formation du pédicule.

4° Amputation de l'utérus.

5° Traitement du pédicule.

Les deux premiers temps sont communs à l'opération césarienne conservatrice et à l'opération de Porro.

1° **Incision abdominale**. — Il est inutile de revenir sur les divers procédés proposés par les anciens accoucheurs. Les incisions latérales, transversales, obliques, n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

L'incision sur la ligne blanche, pratiquée au bistouri, fut pratiquée par Porro, et est encore la seule usitée aujourd'hui. Mais où l'accord fut loin d'être fait, c'est sur la longueur à donner à cette incision.

Au début de la période antiseptique, encore peu rompus à la technique des sutures abdominales, hantés par la crainte des éventrations consécutives, les auteurs se préoccupèrent de faire une incision la moins longue possible. Nous reportant à l'observation de Porro, nous le voyons faire une incision de 12 centimètres. En consultant les différentes observations re-

produites dans l'article de M. Pinard (1), nous voyons Spaeth (22 juin 1877), pratiquer une incision commençant à 2 centimètres de l'ombilic et s'arrêtant à 3 centimètres de la symphyse, — Braun (10 mai 1878), une incision de 13 centimètres, Bône (27 mai 1878), une de 12 centimètres qu'ils furent obligés d'agrandir, nous dirons tout à l'heure pourquoi.

D'une façon générale les auteurs sont d'accord pour lui donner une longueur variant entre 14 et 17 centimètres ; se bornant, disent-ils, à lui donner une longueur strictement nécessaire pour permettre le passage de la tête fœtale. Cette longueur fut scientifiquement établie par Budin et Ribemont (2). D'après ces auteurs, la circonférence sous-occipito-frontale d'une tête de fœtus à terme mesure, en moyenne, de 32 1/2 à 33 centimètres ; c'est donc de 16 à 17 centimètres que devait mesurer chaque lèvre de la plaie ou, en d'autres termes, l'incision abdominale.

2° **Incision de l'utérus**. — Ici deux méthodes se trouvent en présence, dont doit dépendre de chacune d'elles la longueur de l'incision abdominale.

Incision in situ. — Porro, et, à son exemple, la plupart des chirurgiens, l'utérus, une fois à découvert, l'incisent *in situ*, dans le ventre, ils extraient l'enfant et, le placenta, alors seulement ils amènent l'utérus et les annexes hors de la cavité abdominale (notons en passant que Porro opérait sur un utérus non infecté).

Procédé de Müller. — Le 4 février 1898, le professeur Müller, de Berne, opérant une femme atteinte d'ostéo-malacie, gravement infectée (t. 39, p. 130), conscient du danger qu'il

(1) Pinard, De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. *Annales de gynécologie*, décembre 1879, p. 421, 422, 423.

(2) Budin et Ribemont. Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus, *Archives de tocologie*, 1879.

y aurait à laisser le contenu de cet utérus s'épancher dans la cavité abdominale, pratiqua une large incision abdominale, l'utérus *fut extrait intact* à travers la paroi. Un serre-nœud fut appliqué autour du col et fixé à un constricteur de Maisonneuve. Après avoir mis des éponges entre l'utérus et la plaie abdominale *pour éviter tout épanchement*, on serra fortement le nœud et on pratiqua immédiatement une longue incision sur la paroi antérieure de l'utérus. Issue de pus fétide etc. (1). L'opérée guérit.

Incision *in situ*, procédé de Müller, voilà les deux grandes méthodes en présence.

Malgré les grands avantages qu'il présente, et, entre tous, celui d'éviter l'irruption du sang et du liquide amniotique, souvent fétide, dans la péritoine, le procédé de Müller fut longtemps sans être admis dans la pratique courante. On lui reprochait, comme nous le disions tout à l'heure, d'exiger une incision énorme de la paroi abdominale peu compatible avec la petite taille des femmes rachitiques sur laquelle se pratique souvent l'opération césarienne (2).

Nous reportant aux opérations de Porro faites à la clinique Baudelocque, nous voyons que l'utérus fut incisé *in situ* dans 8 cas.

7 fois en opérant sur des utérus non infectés.

Obs. 40, année 1893, *viciations-pelviennes*.
Obs. 663, — 1897 » »
Obs. 477, — 1895 » »
Obs. 928, — 1891, *tumeurs*.
Obs. 1059, — 1896 »
Obs. 211, — 1901, »

(1) Pinard, *Ann. gynécol.*, déc. 1879, p. 425.
(2) Berlin, *Opération césarienne*. Th., février 1890, p. 86.

Obs. 1443, année 1902. Diaphragme congénital du vagin.
1 fois seulement sur un utérus infecté.
Obs. 1995 de 1902.

Nous verrons, en étudiant le manuel opératoire employé aujourd'hui, que c'est au procédé de Müller quelque peu modifié qu'il faut donner la préférence.

3° **Formation du pédicule.** — Jusqu'au lien de caoutchouc et aux broches employés aujourd'hui, divers procédés de ligature ont été mis en pratique.

Porro, au niveau de l'orifice interne du col, entoura l'utérus d'un gros fil de fer qu'il serra au moyen d'un constricteur de Cintrat.

Juzaur, Hegar, Chiara, Fochier, Maygrier, etc. traversèrent l'utérus de part en part. Avec un trocart, à l'union du corps et du col ils passèrent, par la canule, deux fils métalliques qu'ils serrèrent isolément, l'un à droite, l'autre à gauche.

Tarnier et Lucas-Championnière employaient un moyen plus simple encore. Ils traversaient le tissu utérin, tout près du col, avec une broche en acier ; une seconde broche était enfoncée perpendiculairement à la première et à une petite distance d'elle. Puis un fil de fer était placé au-dessous des deux broches, autour du col. Après s'être bien assurés que les deux trompes et les ovaires étaient situés au-dessus de lui, le fil de fer était serré avec le constricteur de Cintrat (1).

Le professeur Spaeth de Vienne, craignant le glissement du fil de fer, employa pour étreindre l'utérus, un écraseur linéaire de Chassagnac, dont la chaîne était formée d'un coulant pour fixer la constriction obtenue (2). Braun et Wasseige

(1) Maygrier, *Etude de l'opération de Porro*. Th. Paris, 1882, p. 62 et suiv.

(2) Spaeth, Erfahrungen uber sectio cæsarea, *Wiener med. Wochenschrift*, 1878, n° 4.

ayant eu, avec l'écraseur, une section des tissus et une hémorragie incoercible dans laquelle l'opérée succomba, ce dernier construisit, pour substituer à la chaîne de l'écraseur un constricteur spécial, dans lequel l'anse comprimante était un ruban d'acier mince, large de 1 centimètre et long de 50 centimètres (1).

Enfin c'est Franzolini qui le premier employa le lien élastique, le seul mode de ligature employé aujourd'hui.

Toutes ces ligatures s'appliquaient sur des utérus incisés *in situ* ; énucléés seulement après l'extraction du fœtus.

Müller, l'utérus intact attiré au dehors, comme nous l'avons vu, appliquait, au niveau du col, une ligature définitive en fil métallique avec le constricteur de Maisonneuve. Alors seulement il incisait l'utérus et en retirait le contenu. Par ce procédé, disait-il, il paraît aux hémorragies qui accompagnent l'incision de l'utérus qu'il croyait, quoique en ait dit Depaul, pouvoir être fort graves. Le temps qui s'écoulait entre la ligature de l'utérus et l'extraction de l'enfant était trop court pour que l'interruption de la circulation utéro-placentaire put constituer un danger pour lui.

Ligature élastique provisoire. — Pour parer à ce danger d'hémorragie signalé par Müller, Litzmann de Kiel et Fehliey de Stuttgart, au lieu de poser d'emblée sur le col utérin, avant d'inciser, la ligature définitive, placèrent seulement une *ligature provisoire* à l'aide de la bande d'Esmarch ; ce n'était qu'après l'extraction du fœtus et du placenta qu'ils appliquaient la ligature définitive, en fil métallique, avant de procéder à l'amputation de l'utérus (2).

Nous reportant encore aux observations des opérations de Porro pratiquées à la clinique Baudelocque, nous voyons

(1) Wasseiga, *Des opérations obstétricales*, Liège, 1881, p. 407.
(2) Berlin, *Opération cesarienne*. Th. Paris, 1890, p. 89.

M. Pinard et ses collaborateurs faire usage de la ligature provisoire avec le lien élastique jusqu'en 1899.

Dans 7 cas où elle est relatée dans le compte rendu de l'opération, elle fut appliquée 4 fois sur l'utérus, extériorisé selon le procédé de Muller.

Obs. 1527, année 1891.
Obs. 942, — 1894.
Obs. 121, — 1896.
Obs. 1059, — 1896.

3 fois sur l'utérus laissé en place, en procédant comme le Dr Fochier de Lyon (1), au moyen d'une sonde de Belloc, ou d'une sonde utérine, on faisait passer le lien de caoutchouc derrière l'utérus ; on le plaçait à l'union du corps et du col. Les deux extrémités ramenées en avant et croisées étaient fixées par une pince.

Obs. 40, année 1893.
Obs. 663, — 1897.
Obs. 477, — 1895.

A partir de 1899, cette ligature provisoire fut remplacée par la compression manuelle faite par l'aide au niveau du segment inférieur de l'utérus systématiquement extériorisé.

4° **Amputation de l'utérus.** — Les opérateurs se sont servi tantôt des ciseaux courbes, tantôt de bistouris larges et plats, tantôt de la chaîne de l'écraseur. Porro la faisait à 2 centimètres environ de la ligature et drainait à l'aide d'un trocart par lequel il faisait passer les jours suivants des lavages au sulfite de soude. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser du drainage.

5° **Traitement du pédicule.** — Porro et ses imitateurs amenaient et fixaient le pédicule à l'angle inférieur de la plaie

(1) Fochier, *Archives de tocologie*, sept. 1879.

abdominale et le touchaient soit avec du perchlorure de fer, soit avec une solution de chlorure de zinc au 1/8, soit avec le thermocautère de Paquelin. Hegar et Sænger ont les premiers conseillé les sutures encore employées aujourd'hui.

Tels sont, rapidement exposés, les divers procédés mis en œuvre depuis Porro jusqu'à l'époque actuelle. Le moment est venu de décrire le manuel opératoire employé aujourd'hui à la clinique Baudelocque.

Notre ami le docteur Mouchotte, chef de clinique, a bien voulu pour la rédaction de ce chapitre nous aider de son expérience chirurgicale, nous ne saurions trop l'en remercier.

TECHNIQUE ACTUELLE DE L'OPÉRATION DE PORRO

Nous la diviserons en 4 paragraphes :

1° Avant l'opération.

2° L'opération proprement dite.

3° Les soins consécutifs.

4° Les incidents qui peuvent survenir soit au cours de l'intervention, soit pendant les suites de couches.

§ 1er. — Avant l'opération.

1° Moment de l'opération.

Le moment de l'intervention est éminemment variable. On peut, cependant, distinguer deux cas.

A. On doit opérer *au début du travail*, dans certains cas de tumeurs irréductibles ou de sténose, où l'extraction du produit de conception par les voies naturelles a été jugée impossible, et l'indication de l'opération de Porro formulée dans le courant de la grossesse. Dès l'instant qu'il faut opérer, il y a intérêt à le faire le plus tôt possible, de façon à éviter, d'une part, la rupture prématurée des membranes et l'infection, toujours à craindre, de l'utérus et de son contenu, d'autre part, à la femme les fatigues d'un travail long et infructueux.

B. Mais ces cas sont les plus rares. L'indication habituelle de la section césarienne étant, dans la grande majorité des cas les rétrécissements du bassin, et les indications de la césarienne conservatrice dès le début du travail s'étendant de jour en jour, il n'est question d'opération de Porro que plus

tard. C'est, *au cours du travail*, alors que les conditions requises pour la conservation de l'utérus n'existent plus que l'on est le plus souvent appelé à intervenir, à un moment plus ou moins éloigné de son début, 24, 48 heures, et même plus, alors que l'œuf ouvert s'est infecté, que le produit de conception a succombé et que la *physométrie* a pu apparaître.

Tantôt, encore, c'est pour parer au terrible danger d'une rupture utérine déjà produite.

2° **Milieu**. — C'est là, encore, un élément des plus variables. Il est bien évident que toutes les fois qu'il sera possible, le milieu idéal sera le service hospitalier ou la maison de santé, milieux où l'on fait couramment de la chirurgie abdominale, où réalisant toutes les conditions d'asepsie, il existe des salles d'opérations aménagées dans ce but.

Mais il ne faut pas oublier, que tout médecin, peut, à l'heure actuelle, dans n'importe quel milieu, être amené à pratiquer d'urgence une opération de Porro. Dans ces cas *de nécessité*, la chambre la plus vaste du milieu dans lequel on est appelé, suffira, à la condition qu'elle soit suffisamment éclairée et aérée. La chambre sera chauffée à 22° ou 25° centigrades.

3° **Lit**. — Si l'on opère en dehors du milieu hospitalier ou de la maison de santé, c'est-à-dire des endroits où l'on peut faire usage de tables d'opération, la parturiente *ne devra pas être opérée dans son lit*, — mieux vaut une table ordinaire, assez étroite, facile à mouvoir, de façon à être placée au milieu de la pièce et à permettre aux opérateurs de circuler autour d'elle, d'avoir à portée de la main les instruments dont ils ont besoin.

Cette table sera recouverte, ou bien d'un matelas, ou bien d'un simple drap plié en quatre. Le tout préservé par une toile cirée, recouverte elle-même d'une alèze bien propre sur laquelle reposera la patiente, qui sera étendue dans la position horizontale.

4° **La parturiente.** — S'il est indipensable de pratiquer une rigoureuse asepsie dans le cours de tout accouchement normal, c'est une règle encore plus absolue, et dont dépend le succès de l'intervention, de redoubler ici de précaution. Toutes les fois où l'on prévoit qu'une femme pourra être amenée, dans le cours du travail, à subir une opération de Porro, on donnera de fréquentes irrigations vaginales tièdes soit avec la solution boriquée à 4 0/0, soit avec l'aniodol, soit avec la solution de biiodure de mercure au 1/4000.

La femme sera examinée le moins possible, et dans l'intervalle des irrigations, une bande d'ouate stérilisée, placée entre les grandes lèvres, contribuera à maintenir l'asepsie du vagin. La température sera soigneusement notée, le pouls fréquemment compté. Il est urgent d'assurer la vacuité du rectum ; et toutes les fois qu'on le pourra d'éviter qu'avant l'opération, la femme ait pris la moindre nourriture. *Du fait de la variabilité du moment de l'intervention cette précaution est difficile à prendre* ; mais nous ne saurions trop insister sur le danger qu'offre, au cours de la chloroformisation, et pendant les suites, la régurgitation des matières alimentaires dans les voies aériennes (obs. hystérectomie, 529 de 1908).

5° **Instruments.** — Le chirurgien devra avoir à sa disposition les instruments suivants, *nécessaires mais suffisants* et qui auront été, préalablement, stérilisés à l'autoclave.

1° Une sonde de femme en verre ou en métal ;

2° Un rasoir ;

3° Un bistouri et deux paires de ciseaux (droit et courbe) ;

4° Deux pinces de Museux ;

5° Deux pinces à pansement ;

6° Quatre pinces de Kocher pour les ligatures du pédicule ;

7° Plusieurs pinces à forcipressure et plusieurs petites pinces de Kocher ;

8° Deux pinces à disséquer à griffes ;

9° Un serre-nœud de Segond ;

10° Deux broches de dimensions appropriées ;

11° Un lien de caoutchouc :

12° Aiguilles :

Une mousse ;

Une aiguille courbe ;

Une aiguille droite.

13° Du catgut n° 2 ;

14° Des crins de Florence ;

15° Des mèches et des gazes stérilisées ;

16° Des drains n^{os} 25 et 40.

6° **Les aides.**— Leur nombre sera réduit au strict nécessaire, trois suffisent : un aide direct, un autre pour le chloroforme, un troisième enfin, dont le rôle unique sera de s'occuper de l'enfant. A ce point de vue nous ne saurions trop insister sur l'utilité d'avoir auprès de soi une personne rompue à la pratique des accouchements, sage-femme ou médecin, et à même de ranimer un enfant extrait par l'opération de Porro. En effet, en dehors des cas où l'on est appelé à intervenir au début du travail, l'indication est posée, plus ou moins tard, alors que l'espoir est perdu de voir l'accouchement se terminer normalement ou par symphyséotomie à la dilatation complète. Les membranes sont rompues, le liquide amniotique vert, les bruits du cœur fœtal accélérés, et l'enfant naît souvent en état de mort apparente.

Obs. 1498, année 1893.

— 1099, — 1896.

— 180, — 1897.

— 1435, — 1901.

— 1270, — 1901.

— 902, — 1902.

Obs. 1421, année 1905.
— 16, — 1905.
— 1478, — 1905.
— 1186, — 1907.

§ 2. — Opération proprement dite.

1° **Préparation de la malade.** — La malade anesthésiée au chloroforme ou à l'éther, la vulve soigneusement rasée, sera sondée. La vulve sera savonnée ainsi que le vagin ; puis on pratiquera une injection vaginale antiseptique. Biiodure à 1/4000, sauf dans les cas d'hémorragie ou d'albuminurie, cas dans lesquels il faut éviter les mercuriaux et se servir soit d'aniodol, soit simplement d'eau bouillie. L'aide, les mains préalablement aseptisées, fait la toilette de la paroi, à l'eau bouillie et au savon avec une brosse (stérilisée si possible ou tout au moins bouillie). Il nettoiera :

1° *La ligne médiane* de la symphyse jusqu'au creux épigastrique et si l'on a affaire à une femme grasse, l'ombilic sera déplissé à l'aide d'une pince.

2° *La paroi latérale* depuis les flancs jusqu'à la racine des cuisses.

Le savon sera enlevé avec des compresses stérilisées et le nettoyage complété par l'éther et l'alcool. Des champs opératoires seront placés, ou tout au moins des serviettes soumises à l'ébullition. L'aide se réaseptisera les mains, lui et l'opérateur mettront des gants de caoutchouc stérilisés (s'il s'agit d'un utérus infecté, on aura soin d'en avoir deux paires de rechange) (1).

2° **Incision de la paroi.** — Nous ne saurions donner de chif-

(1) Mouchotte, Sténose cicatricielle de l'orifice interne, *Revue pratique d'obstétrique et pédiatrie*, février 1908, p. 54.

fres indiquant sa longueur. Elle doit être aussi longue qu'il est utile, selon la hauteur de l'utérus ou le volume des tumeurs qui lui sont adhérentes ou voisines. Le milieu de l'incision correspondra à l'ombilic. Le mieux est d'inciser, d'abord, la région sous-ombilicale. En bas, l'incision restera distante du sommet de la vessie préalablement vidée et sentie par un doigt envoyé en éclaireur, doigt sur lequel les ciseaux seront glissés pour faire la partie inférieure et l'incision.

En haut, l'index et le médius placés sous la paroi abdominale, et légèrement écartés, on sectionnera cette paroi, en veillant, à mesure qu'on monte vers l'épigastre, à rester distant des anses intestinales. L'incision sera arrêtée dès que la main droite, empaumant le fond de l'utérus, pourra le faire basculer en avant et hors du ventre.

3° **Extériorisation de l'utérus**. — Elle doit être faite d'une façon systématique. A ce moment-là, un large champ opératoire est placé au-devant des anses intestinales, deux pinces de Museux placées sur chaque lèvre de la plaie et croisées en empêchent la sortie. Si l'utérus est infecté, on aura soin d'insinuer autour de lui, d'autres compresses, en aussi grand nombre qu'il faudra, entre le segment inférieur et la paroi abdominale, afin d'avoir, autant que possible, la certitude de ne pas la contaminer par un liquide amniotique septique.

4° **Incision de l'utérus**. — L'utérus, tenu verticalement par l'aide, est incisé sur sa face antérieure, au niveau de la ligne médiane. Cette incision peut, sans inconvénient, remonter vers le fond, *elle ne doit jamais empiéter sur les limites du segment inférieur*. Il faut avoir soin de ne pas la faire descendre trop bas de façon à conserver au moignon une longueur suffisante.

Le danger d'hémorragie, si redouté par les anciens opérateurs, due à l'insertion du placenta sur la face antérieure de l'utérus, assez fréquente puisque que nous l'avons notée dans 7 cas,

doit être écarté et ne justifie plus l'application d'une ligature provisoire. Tout au plus est-il besoin que l'aide fasse de la compression manuelle du segment inférieur au moment de l'extraction de l'enfant. Ce dernier est extrait rapidement, confié à l'aide qui en a la charge, après que le cordon ait été pincé et sectionné.

5° **Amputation de l'utérus.** — L'aide soutient le fond utérin, pendant que l'opérateur passe rapidement le lien élastique au niveau de l'isthme. On lui fait faire deux tours ; par traction soutenue sur l'extrémité des deux chefs croisés, on enserre le segment inférieur et on applique au point de croisement le serre-nœud de Segond.

Il faut avoir soin de placer le lien élastique au-dessous des trompes et des ovaires, sans toutefois descendre trop bas de façon à éviter le sommet de la vessie. A ce moment deux broches sont placées, perpendiculairement l'une à l'autre, au-dessus du lien élastique et l'utérus est sectionné, au bistouri, à deux centimètres environ du lien élastique.

C'est à ce moment, s'il s'agit d'un utérus infecté, que l'opérateur retirera ou changera ses gants souillés par le liquide amniotique et par le contact fœtal lors de l'extraction. Les compresses protectrices infectées sont alors enlevées, *mais sans être retouchées par l'opérateur, à bout de pinces*, pinces qui seront, ainsi que les instruments dont l'opérateur s'est servi jusqu'alors, définitivement éliminées des plateaux à instruments. Les compresses seront remplacées par d'autres propres. Et l'opération s'achèvera avec toutes les garanties d'asepsie désirables (1).

6° **Ligatures des pédicules.** — Dans le but d'éviter les hémorragies secondaires qui viennent si souvent compliquer

(1) Mouchotte, Sténose cicatricielle de l'orifice interne, *Revue pratique d'obstétrique et pédiatrie*, février 1908, p. 56.

l'opération de Porro et dont nous parlerons plus longuement dans le chapitre suivant, deux ligatures au catgut n° 2 seront toujours placées sur les pédicules utéro-ovariens au-dessous du lien élastique.

Le moignon sera cautérisé au thermocautère.

7° **Sutures.** — A ce moment-là, la malade étant profondément endormie, pour éviter l'issue d'anses intestinales, la grande compresse abdominale est retirée et *le péritoine suturé* par un surjet au catgut n° 2 que l'on arrêtera à la partie supérieure du moignon.

Au niveau du moignon, le péritoine pariétal peut être fixé par quatre points en U (catgut n° 2. Aiguille courbe à pédale) ; à droite, à gauche, en bas et en haut du moignon.

Dans les cas où il y a intérêt à drainer, le point supérieur sera évité et un drain n° 40 placé à ce niveau dans la cavité abdominale.

Suture de la paroi abdominale aux crins de Florence.

8° **Pansement.** — Les champs opératoires retirés, la paroi abdominale essuyée avec des compresses stérilisées imbibées d'alcool, on procède alors au pansement.

Une longue et large couronne de gaze stérilisée entourera le moignon au-dessous des broches, de façon que la paroi ne soit aucunement blessée par leur contact.

Gaze et ouate stérilisée, bandage de corps pas trop serré.

L'anesthésie ne doit être suspendue que lorsque le pansement est entièrement terminé et le bandage de corps fixé par des sous-cuisses.

L'opération est terminée. La malade sera replacée dans son lit préalablement chauffé, une garde sera placée auprès d'elle.

§ 3. — Suites opératoires.

Soins généraux. — Si la femme était infectée, s'il s'est écoulé une notable quantité de sang dans le cours de l'opération, s'il existe un certain état de schock, on fera, dans les deux heures qui suivent l'intervention, une injection de sérum de 500 grammes. Cette dose pourra être renouvelée 10 à 12 heures après.

Pour terminer les indications des injections de sérum, disons dès à présent, que les urines émises par la malade seront, chaque jour, soigneusement recueillies et mesurées et que, chaque fois que la quantité de 24 heures sera inférieure à 600 grammes, on fera à l'opérée une injection de 300 à 400 grammes de sérum (voir obs. Suites de couches).

Si, pendant les premières 24 heures, des douleurs par trop violentes empêchent la malade de prendre du repos ou risquent de lui faire faire un mouvement intempestif capable d'entraîner une hémorragie, on pourra sans inconvénient pratiquer 1 à 3 injections de 1/2 centimètre cube de chlorhydrate de morphine.

Si le deuxième jour, il n'y a aucune évacuation de gaz par le rectum, une sonde rectale sera placée, le troisième jour on donnera à l'opérée un lavement évacuateur, le quatrième jour, si le lavement évacuateur n'a pas donné un résultat suffisant, la malade sera purgée.

Il est inutile d'insister sur l'alimentation à donner à l'opérée pendant ses suites de couches, la règle est la même que pour toute femme qui a subi une laparotomie. Tant que la femme vomit, on se contentera de calmer sa soif avec quelques gorgées d'eau bouillie ou d'eau d'Evian.

Pendant le 2e et le 3e jour, on permettra du lait, de l'eau bouillie et du champagne, en petite quantité à la fois.

Dès que l'intestin fonctionnera, on pourra donner du bouillon, des jaunes d'œuf et des purées de légumes.

A partir du 8e jour, s'il n'y a pas d'hyperthermie, la malade prendra une nourriture légère. Il faudra veiller à ce qu'elle ait une selle quotidienne.

Pansements. — Si l'opérée n'était pas infectée, s'il n'y a pas eu d'hémorragie nécessitant la pose d'un drain, le mieux sera d'attendre le plus longtemps possible et de ne faire le premier pansement que lorsque le sphacèle du moignon entraînera de l'odeur. Car du moment que la plaie sera mise au contact de l'air, le pansement devra être refait tous les jours ou, tout au moins, tous les deux jours. Si l'on a été obligé de drainer, le pansement sera refait le deuxième jour, car c'est à ce moment que l'on doit procéder à l'ablation du drain. Toutes les fois qu'on pourra on attendra le sixième ou septième jour, époque à laquelle on pourra procéder à l'ablation des fils superficiels. Sinon le premier pansement sera refait dès que celui fait au moment de l'opération dégagera la moindre odeur.

On changera la collerette de gaze, des compresses stérilisées seront placées autour du moignon pour séparer les broches de la paroi abdominale. Des compresses stérilisées, largement imbibées d'alcool (1), seront placées sur la plaie, et seront recouvertes d'une épaisse couche d'ouate stérilisée, le tout maintenu par un bandage de corps pas trop serré, mais solidement maintenu par des sous-cuisses. Ce pansement sera renouvelé tous les jours ou tous les deux jours, selon que le sphacèle du moi-

(1) Contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'alcool pur laissé là à demeure n'occasionne aucune sensation de brûlure au niveau de la plaie abdominale ; au contraire, sur les conseils de notre maître et ami Mouchotte, employant systématiquement les compresses alcoolisées chez toutes les femmes ayant subi l'opération de Porro, dont il a bien voulu nous confier les soins, nous avons remarqué que le pansement à l'alcool accélérait la cicatrisation et contribuait à rendre aussi aseptique que possible l'élimination et la chute du moignon.

gnon est plus ou moins humide et septique. Si l'élimination s'accompagne d'exsudation fétide de liquide, le pansement sera fait tous les jours. Il est alors préférable de remplacer la collerette de gaze stérilisée par une autre de gaze iodoformée que l'on enroulera autour du moignon, l'iodoforme étant là moins comme antiseptique que comme désodorisant. Si dans le sillon compris entre l'infundibulum pariétal et le moignon s'accumulent des produits septiques, il faudra avoir soin de placer la collerette de gaze iodoformée, *sans exercer aucune traction sur la broche et le pédicule*, d'évacuer ces produits septiques avec une pince montée et, au besoin, de procéder à un lavage local avec une solution d'eau oxygénée à 12 volumes ou d'eau aniodolée. Si l'on a été obligé de drainer, il faudra avoir la précaution de ne pratiquer le premier de ces lavages que quelques jours après l'ablation du drain afin d'éviter la pénétration, par refoulement, des produits septiques dans la cavité péritonéale.

Si le moignon est *exubérant*, on peut à partir du huitième au dixième jour, *pas avant*, dans la crainte de provoquer une hémorragie, en refaisant le pansement exciser aux ciseaux les couches superficielles ; mais il faut avoir grand soin de laisser toujours une épaisseur suffisante de moignon pour que la broche puisse rester en place. On peut au besoin griller la surface du moignon avec la pointe du thermocautère ; cette manière de procéder n'occasionnant aucune douleur.

Le pansement fini, on procédera à une injection vaginale à l'aniodol (une cuillère à soupe pour deux litres d'eau) ou simplement, à l'eau bouillie. On garnira enfin la vulve avec une compresse et une bande d'ouate stérilisée.

On procédera à l'ablation des crins vers le 8e ou le 18e jour.

Chute du moignon. — C'est dans les jours qui suivent que l'on assiste à la chute du moignon, le moment exact ne peut

en être fixé ; si nous consultons à ce sujet les observations sur lesquelles se trouvent recueillies les dates de la chute du moignon, nous voyons qu'il s'est éliminé :

1 fois le 7e j. :	obs.	2176, 1900		obs.	1421, 1905
1 fois le 9e j. :	—	513, 1901		—	— 1906
1 fois le 10e j. :	—	1986, 1907		(Rupture utérine)	
1 fois le 11e j. :	—	1516, 1906	4 fois le 16e j. :	—	1476, 1905
2 fois le 12e j. :	—	1484, 1907	—	—	1284, 1906
—	—	902, 1902	—	—	1443, 1902
4 fois le 13e j. :	—	477, 1895	—	—	2429, 1899
—	—	1829, 1905	1 fois le 21e j. :	—	857, 1906
—	—	1270, 1901	1 fois le 24e j. :	—	928, 1891
—	—	112, 1900	2 fois le 31e j. :	—	40, 1893
6 fois le 15e j. :	—	16, 1905	—	—	1581, 1891
—	—	576, 1903	1 fois le 32e j. :	—	121, 1896
—	—	617, 1905	1 fois le 34e j. :	—	663, 1897
—	—	478, 1907	1 fois le 35e j. :	—	211, 1901

En tout cas, quel que soit le moment de sa chute, une fois le moignon tombé, il reste un infundibulum d'aspect variable.

Si la chute a été à peu près aseptique, l'infundibulum est lui aussi à peu près aseptique, il suffira de faire tous les 3 jours un pansement à la gaze stérilisée alcoolisée ; si l'infundibulum est septique, il faudra, *chaque jour*, avoir soin de la bien déterger avec une compresse montée imbibée d'eau oxygénée et bourrer de ensuite la cavité avec une mèche de gaze iodoformée.

Progressivement, dans un laps de temps plus ou moins variable, l'infundibulum se comblant, les pansements seront de plus en plus rares. Comme pour toute plaie devenue sans importance, s'il y a des bourgeons exubérants on hâtera la cicatrisation soit par des attouchements au crayon de nitrate d'argent, soit en appliquant à leur niveau des compresses picriquées.

A ce moment là seulement en ayant soin de maintenir un

bandage de corps bien serré, on permettra à l'opérée sa première levée.

Une dernière précaution reste à prendre, celle de faire porter à la femme, au moment de sa sortie, une ceinture abdominale élastique.

Enfant. — Il sera mis au sein dès le troisième jour. La mère commencera par lui donner deux tétées par jour, les autres seront données soit par une nourrice, soit au biberon, si l'on a noté de la syphilis du côté du père ou de la mère ou si, seulement le placenta est plus volumineux que la moyenne.

Chaque jour l'opérée augmentera le nombre des tétées jusqu'à ce qu'elle puisse fournir à elle seule les sept tétées quotidiennes.

L'observation démontre d'une *façon formelle* que, pas plus que la césarienne conservatrice, l'opération de Porro n'est une contre-indication à l'allaitement. Tous les enfants des opérées sont allaités par leur mère pendant les suites de couches. La plupart de ces femmes sont au bout de six à huit jours de très bonnes nourrices, se conformant en cela à l'opinion de M. Pinard pour lequel l'ablation des ovaires rendue nécessaire pendant la grossesse ou l'accouchement augmente la quantité et la durée de la sécrétion lactée chez la femme comme chez la vache. Aussi les enfants, ainsi que nous l'avons noté dans nos observations, rattrapent aussi vite leur poids de naissance et augmentent aussi régulièrement que la moyenne des enfants nés spontanément.

§ 4. — Complications opératoires.

Un incident peu fréquent, mais qu'il nous faut cependant signaler, consiste en l'impossibilité, une fois le serre-nœud de Segond placé, d'en retirer le manche. Dans deux cas (1° année

1902, obs. 1895, p. 198 ; 2° année 1907, obs. 468, p. 198), deux tentatives infructueuses d'ablation du manche firent perdre dix minutes et l'on fut obligé d'employer un autre instrument.

Aussi une précaution nécessaire sera de vérifier soigneusement, avant d'opérer, le fonctionnement du serre-nœud. Si l'on se trouve en face de cette complication et qu'on n'ait pas sous la main un autre serre-nœud, on pratiquera, comme pis-aller, une ligature à la soie, en n'oubliant pas que c'est un moyen de constriction, *de nécessité*, bien moins solide que le serre-nœud.

Mais la complication la plus redoutable, celle toujours à craindre et qui peut se produire soit au cours de l'opération, soit pendant les suites de couche, c'est l'*hémorragie*.

Au cours de l'opération, une hémorragie peut survenir à n'importe quel temps.

Au début, contrairement à ce que croyaient les anciens auteurs, au moment de l'incision de l'utérus, elle est infiniment rare et, comme nous l'avons déjà indiqué, elle ne nécessite plus une ligature provisoire, même lorsque le placenta, comme c'est fréquent, est inséré sur la face antérieure. Une seule fois (année 1900, obs. 1354, p. 190) du sang s'écoula en grande quantité sitôt que l'aide cessait la compression manuelle du segment inférieur afin de maintenir l'utérus vertical au moment de la pose de la ligature. Mieux vaut dans ces cas là recourir à un deuxième aide qui puisse comprimer, *d'une façon continue*, le segment inférieur.

Une seule fois, une hémorragie très grave se produisit après la fixation du moignon, à la suite de l'emploi par M. Segond d'une méthode, un peu particulière, de ligature en couronne. Nous renvoyons à *l'obs.* 942 *de l'année* 1894, p. 61, pour en retrouver les détails et en voir les causes expliquées par M. Segond lui-même.

Nous croyons que cette complication peut être évitée en employant la méthode que nous avons décrite comme classique de ligature élastique.

Mais, bien que ce procédé reste le plus sûr et le plus rapide moyen d'hémostase, des hémorragies peuvent encore se produire.

Dans un cas (année 1898, obs. 909, p. 184) une hémorragie eut pour cause le glissement d'une portion du moignon au-dessous du lien élastique. Il suffit, lorsque cet accident arrive, de faire, suivant son étendue, soit une ligature, soit un surjet à la soie ou au catgut de la portion qui saigne. Le moyen le plus sûr de l'éviter est de donner au moignon une hauteur suffisante au-dessus du lien élastique et de la fixer par des broches.

Dans d'autres cas, plus fréquents, peut-être du fait de la plus grande friabilité des tissus, l'hémorragie est consécutive à la déchirure du ligament large par le lien élastique.

Année 1897, obs. 663, p. 69.
» 1902, » 1895, p. 198.
» 1905, » 1421, p. 78.

Il suffit pour y remédier de pratiquer une ligature au catgut. Le meilleur traitement préventif sera — ainsi que nous l'avons indiqué en décrivant le manuel opératoire — de faire systématiquement, à droite et à gauche, une ligature au catgut de pédicules utéro ovariens au-dessous du lien élastique.

Enfin, toutes les fois où l'on se trouvera en présence d'adhérences, dont la facile libération permettra de pratiquer une hystérectomie à la manière de Porro, il faudra ne pas oublier, que du fait de ces adhérences, du fait surtout que l'on opère sur un utérus gravide, il y a un danger constant d'hémorragie. L'hémostase devra donc être des plus minutieuses : tous les vaisseaux seront liés en détail, on vérifiera avec le plus grand

soin, avant de pratiquer les sutures, que plus rien ne saigne.

Si après l'application du lien élastique on constate un léger suintement sanguin, il suffira d'avoir la précaution de placer une mèche de gaze stérilisée entre le moignon et la paroi abdominale dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Année 1896, obs. 1059, p. 108

» 1905, » 1421, p. 78

Si le suintement est assez abondant, si l'hémorragie par déchirures d'adhérences qui s'est produite au cours de l'opération est assez grave, on ne se contentera pas d'une simple mèche de gaze, il sera *indispensable d'avoir recours au drainage*, sur l'utilité duquel nous ne saurions trop insister dans ces cas d'hémorragie. En nous reportant à l'année 1898, obs. 909, p. 184, nous voyons qu'en un cas d'hémorragie où l'on n'a pas drainé la femme a succombé.

Le drainage s'impose aussi, toutes les fois que du fait d'une affection intercurrente, on se trouvera en présence d'ascite (année 1902, obs. 807, p. 146).

Signalons enfin un incident qui se produisit au cours de l'opération relatée dans l'observation *276, année 1907, p. 87*. Les trompes n'ayant été que partiellement prises dans la ligature il fallait réséquer les parties sous-jacentes à cette ligature, après suture au catgut de leur méso.

Nous avons trop insisté, en décrivant le manuel opératoire, sur l'utilité de la fermeture hermétique de la paroi après la luxation de l'utérus et sur l'obligation de veiller à ce que la patiente soit profondément endormie, au moment de la suture des parois, pour nous arrêter sur l'incident qui peut survenir du fait de la hernie en masse de l'intestin en dehors de la plaie abdominale (obs. 1177, année 1895, p. 65).

Pendant les suites de couches, nous n'avons à noter qu'un seul incident (obs. juil. 1907, p. 213) mais qui peut entraîner

les complications les plus graves. C'est l'hémorragie qui peut se produire par arrachement du moignon consécutif soit au tiraillement intempestif exercé sur celui-ci au moment du pansement, soit par des mouvements faits par l opérée.

Dans le cas qui nous occupe, la pose de quelques fils, la compression du moignon entre un tampon vaginal et un tampon placé dans l'infundibulum lacéré par son arrachement ont suffi à assurer l'hémostase.

Dans des cas semblables, il peut arriver fréquemment que l'écoulement sanguin continue malgré le tamponnement, que les vaisseaux utéro-ovariens rétractés dans la cavité abdominale, loin du sillon infundibulum déterminent une hémorragie grave. Si pareil accident se produisait, il ne faudrait pas hésiter à rouvrir le ventre, à aller pincer les vaisseaux qui saignent et à les lier là où ils se trouveraient. Une bonne précaution à prendre serait de griller, préalablement, au thermocautère, profondément et largement toute la surface de l'infundibulum, sachant trop combien cet infundibulum est infecté par le contact permanent avec le moignon utérin en voie de sphacèle.

Cette précaution prise, il y aurait intérêt à circonscrire l'infundibulum par la nouvelle incision cutanée afin de pénétrer dans la cavité abdominale en plein tissu sain, imitant, en quelques mots, les incisions excentriques à distance faites lors de la cure radicale de certaines éventrations adhérentes.

Ainsi que le dit Mouchotte il faut en face de ces accidents :

« Réaliser le maximum d'asepsie et tout tenter pour ne pas tuer par infection une femme que l'on cherche à sauver du danger d'une hémorragie. » (1)

(1) Mouchotte, *Rev. prat. d'obst. et de pæd.*, février 1908, p. 55.

DEUXIÈME PARTIE

INDICATIONS

TABLEAU des opérations de Porro par années

Nos	ANNÉES	OBSERVATIONS	INDICATIONS	MÈRE	PAGES
1	1891	928	Tumeur de l'ovaire droit. .	V.	106
2	»	1527	Epithélioma du col	V.	140
3	1893	40	Bassin cyphotique	V.	59
4	»	1248	Cancer du col	V.	143
5	1894	942	Bassin rachitique	V.	61
6	1895	1177	Bassin asymétrique.	M.	65
7	1896	1059	Fibromes	M.	108
8	»	121	Bassin épineux.	M.	67
9	»	786	Bassin rachitique.	V.	182
10	1897	663	Bassin asymétrique	V.	69
11	1898	909	Fibromes utérins. Putréfaction fœtale	M.	184
12	1899	1384	Bassin rétréci. Enfant mort.	M.	187
13	»	2429	Bassin cyphotique.	V.	72
14	1900	112	Bassin rachitique.	V.	74
15	»	1354	Rigidité du col.	V.	190
16	»	2176	Basiotripsie . Rupture utérine	V.	227
17	1901	513 (3)	Femme infectée. Rétrécissment cicatriciel du col. .	V.	193
18	»	211 (1)	Tumeur pariétale. Enchondrome obstruant le petit bassin.	V.	111
19	»	741 (4)	Fibrome intra-ligamentaire obstruant le petit bassin.	V.	113
20	»	1270 (5)	Bassin rétréci. Rupt. prématurée des membranes .	V.	195
21	»	1435 (5)	Bassin rétréci. Rupture prématurée des membranes .	V.	197
22	»	276 (2)	Hystéropexie abdominale. .	V.	
23	1902	807	Néoplasme du col utérin . .	M.	146
24	»	902	Sténose du col, consécutive à l'opération de Schröder.	V.	149
25	»	1443	Diaphragme congénital du vagin	V.	151
26	»	1995	Fibrome du segment inférieur.	V.	198
27	1903	576	Cancer du col	V.	154
28	»	1427	Sténose cicatricielle du col.	V.	202
29	1905	16	Rétrécissement du bassin. Symphyséotomie antérieur.	V.	76

Nos	ANNÉES	OBSERVATIONS	INDICATIONS	MÈRE	PAGES
30	»	617	Césarienne ancienne. Adhérences.	V.	163
31	»	1421	Bassin rétréci. Femme n'ayant reçu aucun soin antiseptique. Vaginite granuleuse	V.	78
32	»	1829	Rétrécissement du bassin. .	V.	82
33	»	1445	Bassin cyphotique. Rupture prématurée des membranes.	V.	206
34	»	1478	Bassin rachitique.	V.	80
35	1906	»	Bassin oblique ovalaire. Rupture de la cicatrice d'une ancienne césarienne.	V.	230
36	»	857	Bassin cyphotique. Membranes rompues. Liquide vert.	V.	85
37	»	1516	Bassin cyphotique. Désunion de la suture d'une césarienne 3 jours après opération	V.	
38	»	1284	Bassin ostémalacique. . . .	V.	90
39	1907	276	Bassin rétréci. Insertion basse du placenta	V.	87
40	»	468	Accouchement prématuré. Rupture précoce des membranes. Liquide vert. Tumeur kystique de l'ovaire.	V.	116
41	»	1144	Utérus infecté. Physométrie.	V.	209
42	»	1210	Sténose cicatricielle du col (orifice interne). Mort du fœtus. Début de physométrie	V.	213
43	»	1986	Bassin étroit canaliculé. Dilatation stationnaire . . . Rupture précoce des membranes. Liquide vert fétide. Œdème du segment inférieur.	V. V.	216 234

Total : 43. Mortalité globale : 6. Soit : 7.21 0/0.

Après avoir ainsi soigneusement décrit le manuel opératoire de l'opération de Porro, il nous faut maintenant en discuter la valeur, en énumérer les indications.

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, lorsque,

pendant le travail il y aura nécessité à intervenir par la voie haute, trois procédés s'offriront à l'opérateur :

La césarienne conservatrice, la césarienne radicale avec pédicule externe ou opération de Porro, l'hystérectomie supra-vaginale et l'hystérectomie totale. Ces procédés s'opposent, en quelque sorte, les uns aux autres. Des tendances, généralement admises à l'heure actuelle, consacrent justement la supériorité de la césarienne conservatrice toutes les fois qu'on pourra éviter à la parturiente une opération mutilatrice. Mais, dans *les cas de nécessité*, où l'on est obligé de pratiquer l'amputation utéro-ovarique, on s'accorde volontiers à donner la préférence aux modernes procédés d'hystérectomie et à reléguer au second plan l'intervention préconisée par Porro.

Le but de notre étude sera, au contraire, de prouver que l'opération de Porro, loin d'encourir cette défaveur, mérite, tout aussi bien que tel autre procédé d'hystérectomie de retenir l'attention ; et, même, qu'en des nombreux cas, elle constitue à plus d'un titre l'intervention de choix.

Ce sont ces différents cas que nous allons examiner en détail.

Pour cela, nous appuierons notre discussion sur l'examen de quarante-trois observations d'opérations de Porro recueillies à la clinique Baudelocque de janvier 1891 à mai 1908 (Voir tableau opérations par années, p. 37). Du fait de la grande variété de dystocies auxquelles elles s'appliquent, nous les diviserons, pour plus de clarté, en trois grandes classes suivant qu'elles traiteront d'un utérus sain, infecté ou changement suspect d'infection, rupturé et d'après le tableau suivant :

I° *L'utérus n'est pas infecté.* — Nous étudierons, dans ce chapitre, la valeur de l'opération de Porro comparée aux autres méthodes dans les cas de :

1° Viciations pelviennes.

2° Tumeurs.

3° Sténoses.

4° Adhérences.

II° *L'utérus est infecté.* — Quelle que soit la cause de la dystocie, l'accouchement étant impossible par les voies naturelles, l'indication étant formelle d'enlever l'utérus, nous envisageons la situation suivant que :

1° *L'enfant est vivant.*

2° *L'enfant est mort, la physométrie a apparu*, il faut recourir à une opération mutilatrice, opération qui est seule susceptible d'espérer le salut de la mère.

III° *L'utérus est rupturé.*

CHAPITRE PREMIER

UTÉRUS NON INFECTÉS

§ 1. — Viciations pelviennes.

Nos	Années	Observations	Indications	Mère (1)	Enfant (1)	Pages
			1° Opérations de Porro.			
1	1893	40	Cypho-scoliose.....	V.	V.	59
2	1894	942	Bassin rachitique canaliculé.....	V.	V.	61
3	1895	1177	Bassin asymétrique .	M.	V.	65
4	1896	121	Bassin épineux.....	V.	V.	67
5	1897	663	Bassin asymétrique..	V.	V.	69
6	1899	2429	Cypho-scoliose dorso-lombaire.....	V.	V.	72
7	1900	112	Bassin rachitique canaliculé.....	V.	V.	74
8	1905	16	Bassin rachitique para-symphysien au 1er accouchement .	V.	V.	76
9	1905	1421	Bassin rachitique D. P. S. P. 9,3.....	V.	V.	78
10	»	1478	Bassin canaliculé....	V.	V.	80
11	»	1829	Bassin rétréci. Exce. vol. de la tête fœtale.....	V.	V.	82
12	1906	857	Bassin cyphotique...	V.	V.	85
13	1907	276	Bassin rétréci. Insertion basse du placenta. Hémorragie. Pouls 112.....	V.	V.	87
14	1906	1284	Ostéomalacie.....	V.	V.	90
			Total. 13 femmes vivantes. 14 enfants vivants.			
			2° Hystérectomies.			
1	1897	142	Rétrécissement extrême du bassin...	V.	V.	95
2	1898	1924	Bassin asymétrique..	M.	V.	98
			Total. 1 femme vivante. 2 enfants vivants. 1 femme morte.			

(1) V, indique vivant ; M, mort.

Suivant les époques, l'opération de Porro a eu dans la thérapeutique des viciations pelviennes une place plus ou moins importante.

Cette évolution a été fort nettement mise en lumière par notre maître, M. le professeur Pinard dans ses magistrales leçons faites à la clinique Baudelocque de mars à juillet 1907 (1). C'est dans son enseignement que nous allons retrouver les éléments nécessaires pour délimiter les phases successives qu'a depuis 1889 subies l'opération de Porro.

A cette époque ce mode d'intervention connu cependant depuis 1876, aussi bien que l'opération césarienne conservatrice heureusement modifiée dans sa technique opératoire depuis 1882 par Kehrer et Saenger, étaient encore des opérations d'exception peu ou point pratiquées en France. Cependant, à côté de l'enseignement officiel elles trouvaient déjà un accueil favorable auprès de certains accoucheurs (2). Aussi, de *1889* à *1891*, ne retrouvons-nous aucune trace d'opération de Porro dans les annales de la clinique Baudelocque.

1re période (1889-1891). — Pendant cette période, suivant les préceptes considérés alors comme classiques et mis en pratique par la plupart des accoucheurs français dans les cas de rétrécissement du bassin deux thérapeutiques avaient cours.

1° *Pendant la grossesse* : Une thérapeutique prophylactique consistait, le bassin étant jugé trop étroit pour le passage d'une tête fœtale à terme, à s'efforcer de faire passer cette tête avant qu'elle eût atteint des dimensions supérieures à celles du

(1) A. Pinard, Thérapeutique de la dystocie causée par viciation pelvienne à la clinique Baudelocque (1889-1907). *Ann. Gyn. et Obstét.*, septembre 1907, p. 513.

(2) A. Pinard, *Ann. Gyn.*, 1899, décembre ; — Potocki, *Ann. Gyn*, 1886, mars, avril, mai, juin.

bassin. On *provoquait l'accouchement*. En 1890, M. Pinard, dans une de ses premières leçons faites à la clinique Baudelocque, donna une statistique portant sur 100 accouchements provoqués : 99 femmes étaient sorties bien portantes, mais seulement 67 enfants (1). Aussi, tout en se déclarant satisfait, au point de vue maternel, de ces résultats qui pouvaient soutenir la comparaison avec tous ceux publiés jusqu'alors, M. Pinard montrait déjà combien la pratique s'éloignait de la théorie. Nombre d'inconnues rendaient difficile la solution du problème, et par ce fait même nombreuses les grossesses provoquées ou trop tôt ou trop tard.

2° *Pendant le travail* : Emploi du forceps Tarnier avec prise régulière au détroit supérieur (2).

Emploi de la manœuvre de Champetier de Ribes lorsque la tête venait dernière (3).

En cas d'impuissance de ces moyens de force, la basiotripsie, que l'enfant soit vivant ou mort.

En résumé, suivant l'heureuse expression de notre maître, on avait :

« Chez la femme *en travail*, la *force*, qui souvent donnait un *blessé* ou un *tué*.

Chez la femme *enceinte* la loterie qui, lorsque le billet était heureux, donnait un *prématuré* » (4).

2e période (1891 à 1900). — En 1891, une direction nouvelle vint s'appliquer à la thérapeutique des dystocies par viciations pelviennes. A cette époque, Spinelli vint faire connaître, en France les résultats obtenus à Naples par son maître Mo-

(1) A. Pinard, De l'accouchement provoqué. *Ann. Gyn.*, janvier 1891.
(2) Lepage, *De l'appl. de forceps au détroit supérieur*, thèse Paris, 1888.
(3) Champetier de Ribes, thèse Paris, 1879.
(4) A. Pinard, *Annales de gynécologie et obstétrique*, sept. 1907, p. 513.

rizani, en pratiquant la *symphyséotomie*. Cette méthode fut accueillie avec une grande faveur et dans une leçon faite le 7 décembre 1891, M. Pinard, apportant le résultat des recherches faites par lui de concert avec Farabeuf et Varnier, estimait que :

« La symphyséotomie était apte à devenir le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas et à se substituer à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, *en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint où elles règneront sans partage* (1). »

En 1893, après les longues et patientes recherches de Farabeuf prouvant d'une façon incontestable les résultats désastreux des applications de forceps luttant contre le bassin rétréci, les accoucheurs eurent dans la symphyséotomie, d'une part, le moyen d'éviter de faire naître des prématurés, c'est-à-dire, quoi qu'on en ait dit, presque toujours des déchets sociaux, voués à la maladie ou aux infirmités, véritables fruits verts détachés de l'arbre et ne pouvant se conserver quoique sains », d'autre part, la possibilité de ne pas se trouver dans l'effroyable nécessité de *tuer*, alors que l'essence même du rôle médical est de conserver la vie toujours et partout.

Pénétré de ces idées, M. Pinard applique alors, d'une façon rigoureuse, les préceptes suivants :

1° Abandon de l'accouchement provoqué dans les cas où la symphyséotomie peut permettre le passage d'une tête de fœtus à terme.

2° Abandon de toute application de forceps pour résistance osseuse.

3° Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

4° Agrandissement du bassin dans tous les cas où il y a

(1) A. Pinard, De la symphyséotomie. *Ann. Gyn.*, février 1892.

résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée et où le calcul démontre que la section du bassin permettra le passage de la tête.

5° *Amputation utéro-ovarique* dans les cas d'étroitesse absolue :

Nous sortirions de notre sujet, en faisant ici le parallèle entre ces différents procédés opératoires ; il nous suffit de faire remarquer que deux principes ressortent de cette méthode :

D'une part, la large place réservée à la symphyséotomie par rapport à l'opération césarienne, puisque dans ce laps de temps 113 symphyséotomies et 1 ischio-pubiotomie furent pratiquées à la clinique Baudelocque et seulement 8 hystérotomies dont 7 sur des utérus non infectés.

D'autre part, cette règle formelle, de faire suivre toute section césarienne, *que les membranes soient rompues ou non*, de l'amputation utéro-ovarique.

Si nous analysons, en effet, les observations (Porro, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. Hystérect. 1 et 2) qui se trouvent réunies à la fin de ce chapitre, nous y retrouverons l'application rigoureuse des conclusions du rapport magistral de Varnier au Congrès de Moscou, qu'il serait trop long d'énumérer ici (1).

L'opération césarienne, suivie d'amputation utéro-ovarique, n'est indiquée que dans les cas *très restreints* où la symphyséotomie est impossible du fait :

a) *De l'étroitesse extrême du bassin.*

Voir tableau Viciations-pelviennes : Cypho-scoliose basse avec rétrécissement extrême du détroit inférieur.

Porro n° 1, année 1893, obs. 40, page 59.
n° 3, — 1895, — 1177, — 65.
n° 5, — 1899, — 2429, — 72.

(1) *Comptes rendus du 7e Congrès international de médecine*, Moscou, août 1897.

Bassin rachitique canaliculé, D. P. S. P. supér. à 8 cent.

Porro n° 2, année 1894, obs. 942, page 61.

n° 7, — 1900, — 112, page 74.

Hystér. n° 1, page 95.

b) *De la dystocie* causée par cette variété de bassins que Varnier, au Congrès de Moscou, range dans la 11e conclusion de son rapport.

« Bassin du second groupe *asymétriques ou atypiques*. L'asymétrie résultant soit d'une sacro-axalgie, soit d'un arrêt de développement d'un aileron sacré et de la synostose qui l'accompagne. En un mot : « Lorsqu'il y a des raisons de penser que la mobilité d'une des symphyses sacro-iliaques est compromise » (1).

Porro n° 3, année 1895, obs. 1177, page 65.

n° 5, — 1897 — 663, — 69.

(Bassins asymétriques).

n° 4, — 1896 — 121, — 67.

(Bassin asymétrique, épineux, viciations complexes).

c) Du peu d'étoffe des parties molles maternelles, l'agrandissement du bassin, risquant d'entraîner de ce fait des délabrements graves.

En 1899, M. Pinard apporte au Congrès d'Amsterdam (2) les résultats de la méthode thérapeutique employée jusqu'à ce jour à la clinique Baudelocque. Mettant au point le parallèle entre la symphyséotomie et l'opération césarienne, il montre combien le jugement fait dans chacune d'elles était fallacieux.

D'une part, en effet, la statistique qu'il apportait de 100 symphyséotomies donnait le résultat de toutes les interventions pratiquées « *chez toutes les femmes présentant l'indication*

(1) Varnier, *Comptes rendus du Congrès de Moscou*, p. 58 et 59.
(2) *Comptes rendus du Congrès d'Amsterdam*, 1900, p. 275.

pelvienne, quels que fussent leur état général et leur état local, quel que fût l'état de souffrance de l'enfant ».

D'autre part, de l'aveu même de ses partisans, la statistique ne portait que sur des cas d'opérations césariennes pratiquées sur des femmes saines, et se trouvant dans les meilleures conditions possibles. *Rejetant toute intervention faite avant le début du travail*, M. Pinard concluait ainsi :

Pendant le travail de l'accouchement deux dangers doivent être évités :

1° La longueur du travail.

2° L'infection.

L'obstétrique opératoire comprend, dans les rétrécissements du bassin :

1° L'agrandissement momentané du bassin par symphyséotomie, pubiotomie, etc.

2° L'opération césarienne *conservatrice* ou suivie de l'hystérectomie partielle ou totale.

3° L'embryotomie de l'enfant mort.

Nous voyons apparaître ici la *césarienne conversatrice*, qui à partir de 1901 reprend droit de cité à la clinique Baudelocque

3e période (1901-1908). — Trois faits se dégagent de son étude. D'abord, la diminution, constamment progressive, du nombre des interventions, coïncidant avec une augmentation du nombre des accouchements. Diminution qui s'est fait sentir dès le jour où, à Baudeloque, on a, systématiquement, banni de la thérapeutique obstétricale toute intervention pratiquée avant le début du travail, bon nombre de femmes ayant des bassins rétrécis, accouchant spontanément après un travail plus ou moins long.

Ensuite, la diminution du nombre des indications de la symphyséotomie. Est-ce à dire que cette opération doive être

abandonnée comme moyen thérapeutique des viciations pelviennes ? Non sans doute, car selon l'expression de M. Pinard :

« Elle donne et donnera toujours son maximum de puissance et de bienfaisance pour la mère et l'enfant, lorsqu'elle sera pratiquée *au moment de la dilatation complète*, chez des femmes ayant un bassin dont le diamètre promonto-sous-pubien sera *au moins de 9 centimètres*. » De plus, « non seulement, elle permettra l'accouchement sans danger pour la mère et pour l'enfant, mais, encore, elle rendra possible, souvent, l'accouchement spontané dans les grossesses ultérieures, par suite de l'agrandissement permanent du bassin (1). »

L'infériorité de la symphyséotomie réside dans ce fait qu'elle ne peut être pratiquée qu'*à la dilatation complète*, or il est infiniment fréquent que dans les cas de bassins rétrécis, la tête n'étant pas engagée, la dilatation est lente et l'enfant souffre soit à la suite de procidence ou de procubitus du cordon, soit par la seule lenteur du travail lorsque les membranes se sont prématurément rompues.

Tous ces bassins rétrécis qui ne sont plus justifiables de symphyséotomie, le sont alors de la *voie haute*, et c'est ici qu'apparaît enfin le troisième fait qui se dégage de l'étude de cette époque : *La diminution progressive du nombre des amputations utéro-ovariquesà la suite de la section césarienne.*

A ce moment, en effet, la méthode antiseptique est vulgarisée, et est, même, heureusement remplacée par la méthode *aseptique* ; la technique des sutures utérines a subi d'heureux perfectionnements ; les résultats rapportés par les partisans de la césarienne conservatrice, pratiquée dans les meilleures con-

(1) Pinard, Leçons sur la thérapeutique de la dystocie causée par les viciations pelviennes à la clinique Baudelocque. *Ann. gyn. et obst.*, septembre 1907, p. 724.

ditions possibles, sont des plus encourageants. Il devenait logique d'abandonner, toutes les fois qu'on le pouvait, une opération que la *nécessité* avait rendue systématiquement mutilatrice et de rendre à la césarienne conservatrice la place qu'elle lui avait usurpée. Aussi, si nous consultons les registres de la clinique Baudelocque, à partir de cette époque, nous voyons, dans tous les cas d'indication absolue d'opération césarienne (diamètre promonto-sous-pubien inférieur à 9 centimètres, viciations extrêmes et complexes du bassin), la même indication portée par M. Pinard : « *Au début du travail, on pratiquera l'opération césarienne, celle-ci sera conservatrice, si les circonstances le permettent.* »

La condition permettant la césarienne conservatrice est *l'intégrité des membranes*, au moment de l'intervention.

De 1900 au 21 octobre 1906, nous n'avons recueilli que six observations d'opération de Porro pour rétrécissement du bassin, *avec utérus sain*. L'indication de l'amputation utéro-ovarique a résulté dans quatre cas du fait de la : *Rupture prématurée ou précoce des membranes* avant l'opération.

Obs. Porro, n° 8, année, 1905, obs. 16, p. 76
n° 9, — 1905, — 1421, p. 78
n° 11, — 1905, — 1829, p. 82
n° 12, — 1906, — 867, p. 85

A partir de la fin de l'anné 1906, le champ des indications de la césarienne conservatrice s'étend encore. Le 21 octobre 1906, M. Lepage, remplaçant M. le professeur Pinard à la clinique Baudelocque, eut à décider une intervention chez une femme ayant un bassin rachitique canaliculé, chez laquelle le palper mensurateur n'avait pas montré de disproportion très marquée imposant l'idée d'une opération d'emblée par la voie haute. Cette femme primipare extrait en travail le 20 octobre ; il fut décidé d'attendre et d'agir suivant les circonstances soit par une

symphyséotomie, *à la dilatation complète*, soit par une opération césarienne, *si l'indication en était posée par un incident survenant au cours du travail, avant la dilatation complète et mettant en danger les jours de la mère ou de l'enfant*. Le 21 octobre, à 3 heures du soir, après 24 heures de travail, la dilatation n'était que de 5 francs ; la poche des eaux se rompit spontanément donnant issue à du liquide teinté de méconium. M. Lepage décida de pratiquer une opération césarienne. Malgré la règle employée jusqu'alors dans les cas de rupture des membranes avant l'intervention, au lieu d'être radicale cette césarienne *fut conservatrice*. La mère et l'enfant quittèrent le service en parfait état.

Encouragé par ces résultats et par d'autres obtenus dans les mêmes conditions par différents accoucheurs (1), M. Pinard recula encore les limites de l'amputation utéro-ovarique après section césarienne. Le 9 janvier 1907, entrait à la clinique Baudelocque une primipare de 28 ans, de grande taille, ne présentant aucun signe extérieur de rachitisme, en travail depuis la veille. Le fœtus se présentait en O I G T, la tête, *chez cette primipare en travail*, était très élevée et mobile au détroit supérieur. Le palper mensurateur pratiqué par M. Pinard montrait une légère disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin. Il fut décidé qu'on attendrait et qu'on agirait selon les circonstances. Le 10 janvier, à 10 heures du matin, les membranes se rompent spontanément, la dilatation est stationnaire pendant toute la journée du 10. Le 11 janvier les contractions utérines s'espacent. M. Pinard examinant la femme, constate que la dilatation est toujours de 5 francs ; la tête est inclinée sur son pariétal postérieur, le sacrum n'est accessible qu'au loin, mais il existe un véritable redresse-

(1) Lepage, *Bulletin médical*, mai 1907.

ment de la partie antérieure des lignes innominées. En présence de ces constatations il est décidé qu'on interviendra par la voie haute.

Bien que la femme soit en travail depuis 4 jours, bien *que l'œuf soit ouvert depuis 33 heures, que des touchers répétés aient été pratiqués par 15 personnes du service* (offrant il est vrai, toutes les garanties au point de vue de l'asepsie), *M. Pinard décide que l'opération césarienne serait conservatrice.* L'opération pratiquée par Mouchotte ne présenta aucun incident : les suites de couches furent apyrétiques, l'enfant et la mère quittèrent le service en très bon état, celle-ci sans avoir subi une mutilation, prête à être à nouveau fécondée.

Mais qu'on ne l'oublie pas : chez ces parturientes, aucun toucher n'avait été pratiqué par des mains suspectes, depuis la rupture des membranes, aucune intervention (tentative de forceps ou de version). Aucune de ces femmes n'avait présenté, pendant le travail, la moindre élévation de température, la moindre accélération du pouls ou la moindre infection locale (vaginite granuleuse). Au moment de l'incision de l'utérus, le liquide amniotique, quoique teinté de méconium, et le placenta ne dégageaient pas la moindre odeur (1).

Quels ont été les résultats de cette méthode ?

Depuis 1901, 21 opérations césariennes conservatrices ont été pratiquées à Baudelocque, 21 femmes sont sorties vivantes et bien portantes, 21 enfants ont été extraits vivants, 3 sont morts quelques jours après leur naissance. Quel est l'avenir de ces femmes hystérotomisées ? Trois d'entre elles ont été fécondées à nouveau, et l'une d'elles a rompu son utérus au début du travail. Nous verrons, au chapitre des ruptures utérines, quel-

(1) A. Fruhinsholz, De l'opération césarienne répété chez la même femme. *Ann. gynécologie*, mai 1906.

les restrictions il faut faire, au point de vue des grossesses ultérieures, chez ces femmes dont l'utérus a été blessé.

Quels sont donc les cas où, en face d'un bassin rétréci, l'utérus n'étant pas infecté, l'amputation utéro-ovarique reste encore indiquée et à quelle méthode d'hystérectomie faut-il donner la préférence ?

En consultant nos observations, nous trouvons trois cas. Dans l'observation n° 10, année 1905, observation 1478 du registre de Baudelocque, p. 80, on fut obligé de faire suivre l'hystérotomie de l'amputation utéro-ovarique du fait d'un incident survenu au cours de l'opération, risquant d'en allonger la durée et, partant, d'en assombrir le pronostic. Au moment où M. Wallich se disposait à suturer la plaie utérine, il fut impossible de se servir des aiguilles détrempées par la stérilisation. L'opération de Porro fut pratiquée à la place de la césarienne conservatrice.

Des plus intéressantes est l'observation n° 13, année 1907, 276 du registre, p. 87, car c'est la première indication d'amputation utéro-ovarique formulée par M. Pinard dans un cas semblable. La femme dont il s'agit, rachitique, avait eu des métrorragies pendant sa grossesse du fait de l'insertion basse du placenta sur le segment inférieur. Pendant le travail, des contractions utérines subintrantes, mettant l'utérus en état de tétanisation et rendant le palper impossible, ne parvenaient pas à engager la tête maintenue au-dessus de ce détroit supérieur rétréci et obstrué par le placenta dont le décollement donnait lieu à une hémorragie persistante,

M. Pinard décida d'attendre et *d'intervenir par une opération de Porro si cette femme continuait à perdre du sang, malgré les injections à 50°, si son pouls s'élevait et se maintenait au-dessus de* 100.

La complexité clinique, l'association des deux dystocies,

obstacle osseux et hémorragie, justifiaient cette conduite.

La césarienne une fois décidée, pourquoi la faire suivre de l'amputation utéro-ovarique ?

Parce que, d'une part, l'insertion du placenta au niveau du segment inférieur, plus mince, moins riche en fibres musculaires et partant moins rétractile que le corps utérin, rendait l'hémostase des plus aléatoire à son niveau. D'autre part, parce que cette femme, ayant déjà perdu du sang pendant la grossesse et pendant le travail, n'était plus à même de faire les frais d'une nouvelle hémorragie.

Enfin, dans notre dernière observation (n° 14, ann. 1906, obs. 1284, p. 90), l'indication de l'amputation de l'utérus et de ses annexes résidait dans la cause même de la dystocie, puisqu'il s'agissait d'un bassin ostéo-malacique. Nous avons eu la bonne fortune d'examiner, de suivre cette femme enceinte atteinte d'une affection des plus rares pendant sa grossesse, au dortoir de la clinique Baudelocque, pendant l'opération qu'elle subit, pendant ses suites de couches, et de la revoir, sur les conseils de M. Lepage, 6 mois après qu'elle eut quitté le service.

En résumé, dans les cas de *viciations pelviennes avec utérus non infecté*, c'est à juste titre qu'il faut considérer l'opération de Porro comme ayant été, pendant un temps où le pronostic de l'opération césarienne conservatrice était généralement mauvais, un *précieux* moyen de sauver à la fois et la mère et l'enfant. Mais elle n'est, dans la plupart des cas, qu'une opération de transition, et c'est, à juste titre aussi, que la césarienne conservatrice a, aujourd'hui, repris tous ses droits.

Mais, dans les rares circonstances sur lesquelles nous venons d'insister, où l'on est obligé d'amputer un utérus et des annexes sains, à laquelle des deux méthodes faudrait-il donner

la préférence, de l'opération de Porro et de l'hystérectomie totale ?

Nous avons pu recueillir deux observations d'opération césarienne suivie d'hystérectomie totale, pratiquées à la clinique Baudelocque. Dans la première (hyst., obs. 1, année 1897, p. 95), il s'agissait d'une femme primipare, ayant un bassin asymétrique, extrêmement rétréci, après que M. Pinard eut énucléé et incisé l'utérus, et pratiqué l'extraction de l'enfant, comme le dit M. Pinard (1). « Contrairement à la conduite que j'avais suivie jusque-là dans des cas semblables où je pratiquais la gastro-hystérotomie suivie de l'amputation utéro-ovarique dite opération de Porro, je résolus de pratiquer une gastro-hystérotomie suivie d'hystérotomie totale. » M. le professeur Segond, la malade étant placée dans la position de Trendelenbourg, procéda à l'ablation totale de l'utérus et de ses annexes, en adoptant la marche opératoire de la méthode d'hystérectomie abdominale connue sous le nom de méthode américaine, laquelle, dit-il, « doit être, à mon avis, considérée comme l'opération de choix ».

La mère et l'enfant quittèrent le service en parfait état.

Encouragé par ce succès, l'année suivante, M. Pinard fit pratiquer *dans les mêmes conditions, la même intervention* (hyst. n° 2, année 1898, obs. 1924, p. 98). La femme mourut de péritonite généralisée, le 8e jour.

Si nous analysons, en détail, ces deux observations, déjà un premier argument surgit contre cette méthode. En effet, une pareille intervention, infiniment plus délicate que l'opération de Porro, demande à être pratiquée par un opérateur rompu à la pratique chirurgicale. En face de cas de nécessité,

(1) Pinard et Segond, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1897, p. 98 et 99.

d'urgence, pourra-t-on toujours réaliser de semblables conditions de milieu, d'assistance et d'expérience opératoire ?

Enfin si nous considérons les résultats obtenus, *dans des conditions identiques*, 13 opérations de Porro furent pratiquées, suivies de 12 succès.

Des deux parturientes chez qui fut pratiquée l'hystérectomie totale, selon la méthode américaine, l'une guérit, l'autre succomba.

Ces arguments et ces chiffres paraissent donc légitimer la préférence accordée, depuis 1898, par M. Pinard, à la méthode de Porro dans les rares cas de viciation pelvienne où l'on est obligé de pratiquer l'amputation d'utérus et d'annexes sains.

En effet, si de l'examen de tous nos documents, il ressort que, dans certains cas, l'opération mutilatrice de Porro a, à juste titre, été remplacée par intervention conservatrice, l'examen de ces mêmes documents prouve aussi que l'opération de Porro est loin encore de mériter de tomber dans un pareil oubli.

Au point de vue des indications de la conservation de l'utérus, nous ne saurions citer de meilleure formule que celle donnée par notre maître, M. Couvelaire, dans la *Pratique médico-chirurgicale* (1).

« *Toutes les fois que l'opérée et l'opérateur réalisant les conditions requises, la femme sera jugée capable de mener à bien une grossesse ultérieure, on est en droit de lui conserver son utérus.* »

L'état de l'opérée *avant* et *pendant* l'intervention a une importance de premier plan.

A. — *Avant l'opération.* — Dans les différents cas que nous avons examinés au cours de notre précédente étude et sur les-

(1) A. Couvelaire, Césarienne (opération). *Pratique médico-chirurgicale* de Brissaud, Pinard et Reclus, t. I, p. 946.

quels nous ne saurions revenir, on pourra avoir recours à la césarienne conservatrice à la *condition formelle* que le *canal génital ne soit pas infecté*. Or par infection génitale il ne faut pas seulement comprendre les faits d'infection à grand fracas, mais les infections locales, relevant soit du fait d'une gonorrhée cervico vaginale, soit d'une infection de l'œuf (travail laborieux avec rupture prématurée des membranes, toucher ou tentatives d'interventions obstétricales faites avec une asepsie dont on n'est pas rigoureusement sûr), soit de l'infection secondaire d'un col néoplasique.

B. — *Au cours d'une opération* césarienne qui devait être conservatrice, une hémorragie grave compromettant la vie de la femme, peut se produire. Sans hésiter, il faut alors se résoudre à enlever l'utérus.

Dans les cas, alors, où il faut se résoudre à une opération mutilatrice, on ne doit pas systématiquement abandonner la méthode de Porro au profit de l'hystérectomie totale ou supra-vaginale.

Ils surgissent des conditions *dépendantes de l'opérateur*, communes à la césarienne conservatrice et à ces deux dernières méthodes d'hystérectomie.

Dans les cas de *nécessité*, de dystocie causée par fibrome du segment inférieur, ou bien, en présence d'un utérus gravide fixé par des adhérences en position vicieuse, c'est l'hystérectomie totale ou supra-vaginale qu'il faudra pratiquer.

Dans les cas où le choix sera permis, si l'on est absolument sûr de pouvoir réaliser dans des *conditions parfaites de milieu, d'assistance et d'adresse opératoire*, on pourra avoir recours à ces méthodes plus modernes, mais plus délicates, bien que les statistiques prouvent qu'elles donnent, encore à l'heure actuelle, des résultats légèrement inférieurs à ceux fournis par la méthode ancienne de Porro. Si pour une cause

quelconque, la pratique des accouchements ne se trouvant pas limitée aux cliniques, le praticien ne se juge pas en mesure de réaliser les conditions assurant le succès d'une césarienne conservatrice d'une hystérectomie, c'est à l'opération de Porro qu'il devra avoir recours. Elle seule est, et restera, sans doute, longtemps encore, l'opération de choix.

Cette observation nous démontre une fois de plus que, selon le conseil de M. Pinard, il faut tout faire pour laisser, dans ces cas, la grossesse évoluer jusqu'au terme et que l'heureux résultat obtenu, prouve en la faveur de la méthode de la castration conseillée par Fehling en janvier 1887, comme moyen curatif de l'ostéomalacie.

OBSERVATIONS

1° OPÉRATIONS DE PORRO

1. — Année 1893, Obs n° 40.

Mal de Pott dorsal : survenu vers l'âge de 7 ans, ayant amené un arrêt de développement et des contractures des membres inférieurs

La nommée R. C..., primipare, entre à la clinique Baudelocque le 17 octobre 1892. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle ne sait pas à quel âge elle a marché ; mais elle dit avoir fait une chute à l'âge de 3 ans et depuis cette époque jusqu'à l'âge de 7 ans, elle aurait eu de la difficulté à marcher. Elle garda le lit ensuite jusqu'à l'âge de 10 ans ; puis, pendant les 5 années qui suivirent, elle fut obligée de se traîner par terre. Actuellement, elle marche à l'aide d'une chaise ou de béquilles.

Elle a été réglée à l'âge de 23 ans, n'a eu qu'un seul rapport sexuel et est devenue immédiatement enceinte.

Au moment de son entrée à la clinique, on fait les constatations suivantes : le système osseux des membres inférieurs est à peu près normalement développé. La jambe droite ne peut être étendue sur le plan du lit, la cuisse reste modérément fléchie sur le bassin et la jambe ne peut s'étendre sur la cuisse en raison de rétractions tendineuses et musculaires siégeant à la partie postérieure. Les masses musculaires sont peu développées surtout au niveau des mollets. Ces déformations sont plus accusées du côté droit, où il y a atrophie manifeste non seulement des masses musculaires, mais aussi du système osseux. Les membres supérieurs paraissent normaux ; seules les masses musculaires du bras et de l'épaule sont peu développées. En la découvrant, on constate que depuis la troisième dorsale, il existe une courbure très accentuée surplombant le sacrum, à concavité postérieure. La partie inférieure de cette gibbosité se trouve

vers la deuxième lombaire. Léger degré de scoliose gauche. La loge thoracique est déformée avec saillie du sternum Il y a peu de déformation des côtes. L'abdomen est distendu. Il existe dans la région sus-ombilicale une circulation collatérale assez développée.

Les dernières règles datent du 22 au 25 mai 1892. Elle a ressenti les mouvements actifs du fœtus dès le mois de juillet. Celui-ci est très mobile, le siège est tantôt en haut, tantôt en bas.

La grossesse évolue normalement, sauf quelques nausées et une gingivite traitée avec une solution d'hydrate de chloral et de cochlearia. A partir du 30 octobre, comme on l'observe fréquemment, chez les femmes enceintes atteintes d'une déformation de la colonne vertébrale, la femme est légèrement cyanosée et en proie à de la dyspnée. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

8 *janvier*. — 11 heures du soir, la femme entre en travail.

9. — 4 heures du matin, l'orifice cervical est dilaté comme 5 francs.

8 h. 10 du matin, la dilatation est complète, à 8 h. 30, on commence l'anesthésie, la poche des eaux vient faire saillie à la vulve, on rompt les membranes et M. Pinard commence l'opération.

Opération. — 8 h. 35. Incision de la paroi abdominale.

8 h. 38. Incision de la paroi utérine.

8 h. 40. Extraction du fœtus.

8 h. 41. Application d'une première ligature provisoire.

8 h. 43. Cathétérisme vésical pour s'assurer de l'indépendance de la vessie et de l'utérus.

8 h. 46. Extraction du placenta et des membranes.

8 h. 47. On passe la broche dans le pédicule.

8 h. 49. Ligature définitive passée au-dessous de la trompe et de l'ovaire droit et gauche.

8 h. 53. On renouvela le cathétérisme.

8 h. 54. Section du pédicule au-dessus de la première ligature qui se détache elle-même.

8 h. 59. Premier point de suture à la paroi abdominale avec un fil d'argent fort.

Au-dessus du pédicule : 5 sutures profondes.

9 sutures superficielles.

Au-dessous du pédicule : 3 sutures superficielles.

9 h. 30. Fin de l'opération et du pansement.

Suites de couches. — Les suites opératoires furent absolument normales. Le 10 janvier, on donne à la malade des grogs et du bouillon.

Un lavement de vin donne lieu à une évacuation de gaz assez nombreux ; après une piqûre de morphine, la nuit est calme.

11. — La malade prend un grog, du champagne et du café ; un nouveau lavement de vin est administré suivi de garde-robes abondantes. La malade urine seule, fréquemment ; mais en petite quantité.

23. — Les fils sont enlevés.

8 *février.* — Chute du pédicule.

Le fœtus du sexe masculin pèse 3.450 grammes, il est allaité par la mère et pèse 3.820 grammes à sa sortie le 25 février.

La mère quitte le service le 25 février en parfait état.

2. — Année 1894, Obs. 942.

Rétrécissement du bassin. — Opération de Porro.

Vpare. Femme âgée de 34 ans, entrée à la clinique Baudelocque le 1er juin 1894.

Réglée à 17 ans 1/2, régulièrement.

Antécédents obstétricaux. — 1880. Avortement de 3 mois.

1891. *Clinique Baudelocque.* Accouchement provoqué à 8 mois et demi par application du ballon de Champetier. Basiotripsie.

1892. Avortement de 3 mois.

1893. *Clinique Baudelocque.* A terme. Enfant mort pendant le travail par procidence du cordon. Basiotripsie.

Parenthèse fémorale. Bassin très vicié, urèthre et utérus très surdistendus. Hydramnios.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 25 août 1893.

Le 13 juin, à 2 heures du matin, premières douleurs.

L'examen, pratiqué à 2 h. 40, fait reconnaître une tête très grosse, très mobile dans le flanc gauche : liquide amniotique abondant.

Bruits du cœur à droite de la ligne médiane à 140.

Col effacé, à bords extrêmement minces : l'orifice commence à se dilater. Contractions rares et faibles, pendant lesquelles il existe une tension considérable de la poche : pour éviter la rupture, ainsi qu'une

procidence du cordon, M. Bouffe introduit un ballon Champetier qu'il gonfle à son maximum (500 gr.).

Pas d'incidents pendant le reste de la nuit : travail lent, bruits du cœur restent à 140 ou 144.

A 10 heures du matin, M. Pinard enlève le ballon et constate que la dilatation n'a pas progressé: après avoir trouvé un bassin très rétréci, une tête très grosse dans la fosse iliaque gauche, il décide de pratiquer une opération de Porro.

Opération. — A 11 heures, M. Pinard commence l'opération : Incision de la peau, qui est très mince, sur une longueur d'au moins 30 centimètres, à partir de 5 centimètres au-dessus du pubis.

L'utérus est basculé en dehors de l'abdomen. Après avoir ramené la tête à la partie inférieure de l'utérus, M Pinard place un lien élastique le plus bas possible à 5 centimètres de la vessie, juste au-dessous de cette tête. Incision de l'utérus à la partie moyenne, se prolongeant sur le haut ; écoulement d'un liquide abondant et légèrement teinté de vert. Le placenta est inséré sur la partie antérieure.

Le fœtus, saisi par les pieds qui font hernie par l'ouverture, est extrait très rapidement ; il se met à crier aussitôt. Poids, 4.520 gr. Diamètre bi-pariétal : 10.5.

L'extraction est terminée à 11 heures 33, c'est-à-dire huit minutes après le début de l'opération. Au moment de faire le pédicule, M. Segond, qui arrive, propose à M. Pinard de faire la ligature complète du pédicule.

M. Segond procède à la ligature du pédicule, liant séparément chacun des ligaments larges séparés du corps par un fil de soie plate ; puis, chacun d'eux est abandonné.

Quant à l'extrémité libre du pédicule utérin, elle est suturée de la manière suivante : avec l'aiguille de Reverdin, on fait passer un fil dans la séreuse du pédicule utérin, puis deux autres fois sur une portion voisine de cette même séreuse, comme dans la suture de Lambert, de façon à adosser les deux séreuses. De même, un segment voisin est traité de cette manière en ayant soin d'enchaîner les fils de telle sorte que tout le pédicule se trouve entouré d'une couronne de ligatures enchaînées qui enserrent toute la surface libre de section et prennent ainsi tous les vaisseaux. Cela fait, et le caoutchouc enlevé, il ne s'écoule pas de sang.

La peau est suturée à ce pédicule supérieur et inférieur et le péritoine lui est soigneusement adossé ; 32 sutures au fil d'argent assurent la fermeture de l'abdomen.

Au moment où cette suture venait d'être achevée, M. Segond tend les fils du pédicule et s'aperçoit qu'il s'écoule une assez grande quantité de sang par la portion inférieure.

Pendant qu'on place des pinces, un fil cède et un flot de sang se précipite, arrêté un moment par le placement de nouvelles pinces ; mais bientôt il s'écoule de nouveau en très grande abondance.

M. Segond fait alors précipitamment sauter les sutures et, devant l'impossibilité de trouver la source de l'hémorragie, on fait la compression de l'aorte abdominale, ce qui gêne pour la recherche des vaisseaux d'où vient le sang, et, dès que la compression est arrêtée, le sang remplit de nouveau toute la cavité abdominale.

M. Segond, tout en faisant continuer la compression et en pinçant différentes portions du péritoine dans la direction de l'hémorragie, s'aperçoit que celui-ci est largement décollé en arrière et que, dans le voisinage des ligaments larges, il s'est formé des deux côtés d'énormes hématomes sous-péritonéaux remplis de caillots. Alors des pinces sont placées partout, l'écoulement paraît s'arrêter. On fait alors un tamponnement abdominal avec deux paquets de gaze iodoformée et un paquet de gaze salolée.

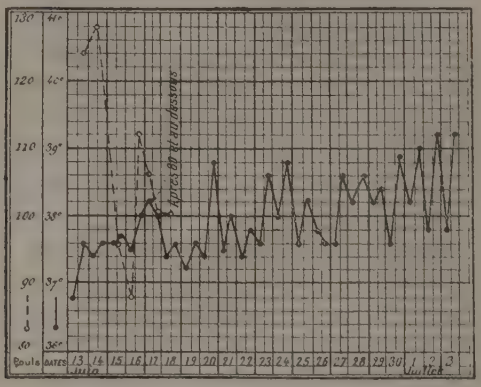
Les pinces sont laissées à demeure et la paroi est refermée.

Pendant tout ce temps la malade a pris fort peu de chloroforme, elle n'a présenté à aucun moment ni pâleur exagérée de la face et des téguments, ni vomissements, ni accélération, ni faiblesse du pouls (96 pulsations). La malade est ramenée à son lit et on lui fait coup sur coup plusieurs injections d'éther et une injection intracellulaire de sérum artificiel de 120 grammes.

L'opération avant l'hémorragie avait duré de 11 h. 25 à 12 h. 25, c'est-à-dire une heure ; à partir du moment de l'hémorragie jusqu'à la deuxième fermeture de l'abdomen, il s'est écoulé 1 h. 10, de 12 h. 25 à 1 h. 35. L'opération a donc duré en tout 2 h. 10.

Suites de couches. — Dans les jours qui suivirent l'opération, la température n'a atteint qu'une seule fois 39° et le nombre des pulsations n'a dépassé 100 que pendant les quatre premiers jours où elle est montée à 124.

13 *juin*. — 7 piqûres d'éther à la fin et après l'opération.



Graphique 1

	1 h. 15 soir,	120	grammes de sérum,	
	3 h. »	120	»	» oxygène
	5 h. »	100	»	»
	7 h. »	100	»	»
	10 h. »	100	»	» 1 piqûre de caféïne
14. —	1 h. matin,	100	»	» pouls 128
	4 h. »	100	»	»
	7 h. »	120	»	» Urines spontanées 100 gr.
	9 h. »	120	»	» pouls 124

La malade a uriné plusieurs fois spontanément.

15. — Dans la journée, vomissements. N'a pas dormi de la nuit. Lavements de vin.

16. — A midi délire, deux garde-robes et gaz. Grande agitation, crachotements continuels. Douleur intense au creux épigastrique. A 8 heures du soir, M. Segond enlève les pinces, pas d'hémorragie, pas d'odeur du tampon (1 piqûre de morphine).

17. — La nuit est calme ; la malade a dormi ; ce matin plus de délire et bon facies, plus de vomissements.

18. — S'alimente bien, va à la garde-robe abondamment après lavements ; urines spontanées.

19. — L'enfant est mis au sein.

20. — On enlève les fils d'argent, on laisse les fils de soie du moignon, et on fait les pansements tous les jours.

La mère et l'enfant partent en très bon état, celui-ci pèse 4.300 grammes le lendemain de l'opération, le 21e jour il rattrape son poids de naissance, il quitte le service pesant 5.230 grammes.

Mère et enfant ont été revus plusieurs fois en bon état.

3. — Année 1895. Obs. 1177.

Opération de Porro. — Bassin asymétrique, P. S. P. 9, 5.

La nommée B..., secondipare, entre à la clinique le 15 juillet 1895.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires.

Elle ignore à quel âge elle a marché. Elle dit avoir bien marché jusqu'à l'âge de 4 ans. A cet âge elle a eu une coxalgie, mais ne peut donner à ce sujet aucun renseignement.

Lorsqu'on examine cette femme, on constate une déviation de la colonne vertébrale ; la lordose est très accusée, le fémur est luxé dans la fosse iliaque et en arrière, ankylose ; arrêt de développement dans tout le fémur luxé, marqué surtout au niveau de la cuisse. Le bassin est oblique à droite, le diamètre P. S. P. est de 9, 5. La vulve est déviée et orientée de gauche à droite.

Une première fois, le 21 décembre 1891, elle est accouchée à la clinique Baudelocque. Chez elle, M. Pinard a provoqué l'accouchement à l'aide du ballon de Champetier.

Il fut absolument impossible d'appliquer le forceps, on eut recours alors à la basiotripsie.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, du 20 au 23 octobre.

Les premiers mouvements actifs sont ressentis le 7 mars.

Le 16 *juillet*, M. Pinard examine cette femme anesthésiée au chloroforme et constate une viciation extrême du bassin. La main entière ne peut être introduite et la partie gauche du bassin, tout entière, manque.

Le diamètre P. S. P. est de 9, 5. M. Pinard constatant que ce bassin est justiciable de l'opération césarienne, seule, décide l'opération de Porro.

18. — Cette femme, sans cause et sans éprouver de douleur, à 9 heures du matin perd un peu d'eau.

18. — Par conséquent, même jour, mais à 5 heures du soir, elle perçoit les premières contractions du travail et, à ce moment, quoique les bruits du cœur restent bons, il s'écoule du liquide amniotique vert.

La femme est anesthésiée et M. Pinard commence l'opération le 18 juillet à 9 heures du soir.

Opération. — 9 heures. Incision de la paroi abdominale.

9 h. 4. Incision de la paroi utérine ; à ce moment M. Pinard rencontre le placenta et l'incise.

9 h. 7. Extraction du fœtus, du poids de 2.870 grammes.

9 h. 10. Application d'une première ligature provisoire. Cathétérisme vésical pour s'assurer de l'indépendance de l'utérus et de la vessie.

9 h. 20. M. Pinard fixe solidement le serre-nœud, sectionne l'utérus au-dessous des ovaires.

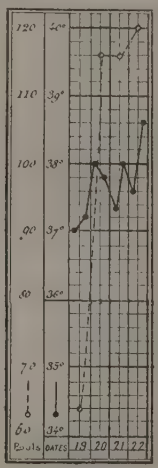
9 h. 25. On passe la broche dans le pédicule.

9 h. 35. Section du pédicule au-dessus de la première ligature.

9 h. 38. Suture de la paroi abdominale à l'aide de fils de soie. Pendant que M. Pinard pratique cette suture, le clamp appliqué sur le moignon casse ; le ventre est ouvert à nouveau, des vomissements surviennent et les intestins viennent en masse faire hernie dans la plaie.

9 h. 40. Fin de l'opération et du pansement.

Suites de couches. — 19. — La malade urine spontanément, les



Graphique 2

douleurs abdominales sont assez violentes ; on fait une piqûre de morphine.

20. — Ballonnement du ventre, lavement de vin ; une garde-robe. Météorisme, la malade rend beaucoup de gaz.

21. — Le ballonnement va toujours croissant et a beaucoup augmenté, le pouls est fréquent et irrégulier ; la femme vomit.

22. — Les vomissements sont verdâtres, le pouls est incomptable, petit, irrégulier et la malade succombe à 9 heures et demie du soir.

4. — Année 1896. Obs. 121.

Bassin épineux.

Louise G..., primipare, âgée de 26 ans ; entre à la clinique Baudelocque le 15 janvier 1896 ; ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, elle le fut toujours, depuis, régulièrement.

Elle présenta, à l'âge de 2 ans, une coxalgie droite qui nécessita le repos au lit jusqu'à l'âge de 7 ans. Elle présente, en ce moment, une flexion sur la cuisse de la jambe droite avec rotation en dedans. Par compensation, l'épine iliaque antérieure et supérieure correspondante est sur un plan antérieur à celle du côté opposé. La colonne vertébrale présente une courbure latérale à convexité gauche de la région dorsale et à convexité droite de la région lombaire. On trouve la cicatrice de trois abcès sur la région fessière. Un est situé à droite de la partie supérieure du pli interfessier, les deux autres près du grand trochanter. On remarque une autre cicatrice à la partie externe du pli de l'aine. Le membre inférieur droit est raccourci de 9 centimètres.

21 *janvier*. — M. Pinard examine la femme sous chloroforme. La face antérieure du sacrum est accessible, il existe un faux promontoire distant de 103 millimètres du bord inférieur de la symphyse. Le vrai promontoire est très élevé. Epines très saillantes. La ligne innominée gauche est convexe. Il y a un arrêt de développement portant sur le côté droit, mais sans synostose.

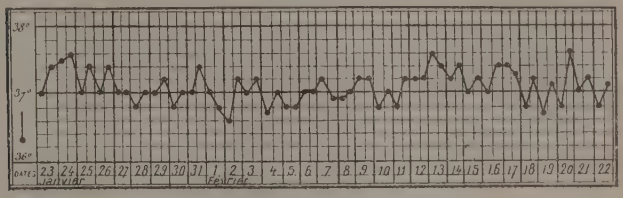
Les dernières règles datent du 12 au 14 avril 1895.

22. — A 8 heures du matin, le travail débute. La parturiente est amenée à la salle de travail, l'orifice cervical est dilaté comme

50 centimes. Les contractions utérines sont énergiques et peu espacées ; à 9 heures 45 la dilatation est de 1 franc. Les membranes se rompent spontanément, le liquide amniotique qui s'écoule est opalescent.

Opération. — On fait aussitôt la toilette de la femme, on pratique le cathétérisme de la vessie et on introduit dans le vagin un tampon de gaze stérilisée. Chloroforme à 11 h. 50 du matin, MM. Pinard et Segond commencent l'opération. La paroi abdominale est incisée sur une longueur d'environ 20 centimètres, en allant du pubis à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'utérus, primitivement très incliné à droite, est ramené sur la ligne médiane et basculé hors de l'abdomen. M. Segond place un lien élastique provisoire au-dessous de la partie fœtale et bien au-dessous des annexes qui sont maintenues très élevées. L'utérus est rapidement incisé. M. Pinard tombe en plein tissu placentaire, il le traverse. Il ne s'écoule qu'une quantité de sang peu considérable. L'enfant est extrait immédiatement, quelques secondes après le placement du lien. C'est un garçon qui crie aussitôt et n'est nullement étonné. Il pèse 3.650 grammes, son D. Bi-P. mesure 10.1. L'extraction a lieu à 12 heures 03, 13 minutes après le début de l'opération. Le placenta au travers duquel a eu lieu l'extraction se détache facilement et est extrait avec une partie des membranes. On place ensuite, sans broche, un lien élastique définitif, le plus bas possible, à 3 centimètres environ au-dessous du lien provisoire. Les annexes des deux côtés sont prises dans la ligature. A ce moment, il y a issue d'anses intestinales, on les maintient avec de grosses éponges. On ferme la partie supérieure de la plaie avec des pinces tire-balles ; puis, le lien définitif placé, on résèque tout l'utérus et on commence la suture à midi 20. On fait plusieurs sutures au fil d'argent sur la partie supérieure de la plaie qui est, ainsi, considérablement rétrécie. Le pédicule étant relevé à l'aide d'une pince tire-balles, on fait passer un gros fil d'argent prenant la peau, les muscles, le péritoine et le pédicule immédiatement au-dessous du caoutchouc, puis un second fil d'argent dans les mêmes conditions et on les serre autant que possible. Puis on suture le reste de la plaie à deux plans. Le pédicule est cautérisé au thermocautère. Les deux annexes sont liées séparément avec de grosses soies. Pansement du pédicule avec de la poudre tannante. L'opération a duré 50 minutes. L'utérus pesait 880 grammes.

Suites de couches. — Les suites opératoires furent tout à fait normales. Le 5 mars le moignon tombe. Le 20 mars la femme quitte le service en parfait état ; on prit seulement la précaution de lui faire porter une ceinture abdominale.



Graphique 3

L'enfant avait rattrapé son poids de naissance (3.650) le 13e jour et pesait 4.760 grammes à sa sortie. Il est allaité par sa mère depuis le 6e jour.

5. — Année 1897. Obs. 663.

Bassin asymétrique. — Opération de Porro faite par M. Varnier.

B... J..., primipare, âgée de 23 ans, entre le 15 mars au dortoir.

Elle a effectué ses premiers pas à l'âge de 1 an.

En l'interrogeant on apprend qu'elle fit, à l'âge de 11 ans, en 1884, une chute d'un premier étage, dans un escalier, la tête en avant.

A la suite de cet accident elle ressentit de violentes douleurs dans la tête qui durèrent 3 ou 4 jours et nécessitèrent un repos au lit. Aucune douleur dans les membres.

Trois mois après survient une bronchite aiguë, compliquée de rhumatisme articulaire.

Elle resta, immobilisée dans son lit, 11 mois. Les douleurs furent très vives dans les membres inférieurs, la malade put à peine remuer et peu à peu les membres inférieurs s'immobilisèrent tout à fait et s'œdématièrent. Le genou gauche fut très volumineux et très douloureux ; vers la fin de l'année, la tumeur s'étant ouverte spontanément, donna issue à une certaine quantité de pus et de petits os.

Il s'établit alors une suppuration de la partie supéro-interne du genou qui dura 3 ans.

Et, lorsque, en 1885, elle fut admise à l'hôpital Tenon pour coxalgie double, on constata en outre un ou deux abcès à droite, une tumeur du genou gauche. L'impotence fonctionnelle était absolue.

M. Berger appliqua un appareil silicaté des épaules jusqu'aux pieds ; cet appareil fut maintenu 8 mois.

L'abcès de la jambe droite s'améliora, il resta un petit point fistuleux, celui de la jambe gauche également diminua. Il resta une large surface de suppuration.

Cette femme marcha avec des béquilles et partit pour Berck en 1886 ; là, elle fut placée dans une gouttière de Bonnet pendant 8 mois.

Durant 6 mois elle marcha avec des béquilles et fit à nouveau un séjour au lit. Cinq nouveaux abcès se formèrent au niveau de la hanche droite. Des pointes de feu furent faites à différentes reprises.

Elle revint à Paris en 1887, et fut soignée chez elle 17 mois ; fit une nouvelle poussée d'abcès dans la région rénale.

Retournée à Berck, elle resta un an au repos. Pointes de feu.

Elle revint à Paris en 1891.

Durant 3 années elle reprit sa marche aidée de ses béquilles. Les plaies se cicatrisèrent toutes, sauf une au niveau de la hanche droite qui offre un trajet fistuleux donnant de temps à autre issue à du pus.

En 1895, elle marcha seule, claudication peu prononcée.

Devenue enceinte, elle vint à la clinique Baudelocque le 15 mars, fut admise au dortoir.

Les dernières règles remontent du 27 juin au 2 juillet 1896, la hauteur utérine est de 31 centimètres.

Pas d'albumine dans les urines.

Examen du bassin, par M. Pinard, la femme endormie au chloroforme. La moitié droite du bassin n'existe pour ainsi dire pas ; synostose de l'articulation sacro-iliaque droite : angle sacro-vertical déjeté à gauche. Bassin asymétrique à viciation complexe.

Examen général. — Craquement humide au niveau du poumon gauche.

La femme entre en travail le 14 avril à 8 heures du soir. Membranes intactes.

Opération, le 15 avril. — Laparotomie : on est obligé d'arrêter l'incision à 1 centimètre du pubis.

L'utérus est incisé. Pinces sur la plaie de la paroi ; ligatures en caoutchouc. Ponction de l'utérus et déchirure au doigt.

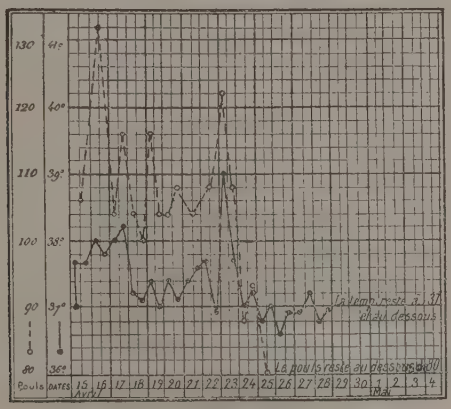
Extraction de l'enfant du sexe masculin, du poids de 3.370 gr.

Délivrance. — Quelques membranes restent dans l'utérus.

Ligature au caoutchouc définitive. Suture de l'utérus après introduction de la broche ; les deux ovaires et les deux trompes qui n'étaient pas pincés sont introduits secondairement dans la ligature.

Au moment de fermer la cavité abdominale, on s'aperçoit que le sang coule abondamment ; cette hémorragie provient du ligament large droit qui a été déchiré par le caoutchouc ; ce ligament est ligaturé avec des soies en chaîne.

Fil d'argent transfixant les deux lèvres de la plaie et le pédicule à sa partie antérieure et dans sa portion sous le caoutchouc.



Graphique 4

Suites opératoires. — Le 20 avril, on enlève les derniers fils, le 18 mai le pédicule tombe. Suture de la plaie abdominale, toilette du moignon.

Les deux jours qui suivirent l'opération, la température oscilla entre 37°9 et 38°7, ensuite elle fut normale.

Le 9e jour, 39°, rétention de pus au niveau de l'abcès de la hanche droite.

M. Bouffe de Saint-Blaise introduit une sonde cannelée dans le trajet fistuleux, il s'écoule alors deux cuillerées à bouche de pus.

Le lendemain 23, la température est redevenue normale (on enlève le 1er fil ; le 28, on enlève les deux fils ; 18 mai, chute du pédicule).

19 *mai*, la femme se lève et allaite son enfant.

Le 28, sortie de la mère et de l'enfant en bon état. L'enfant pèse 4.215 grammes.

6. — Année 1899. Obs. 2429.

Cypho-scoliose dorso-lombaire. — Opération de Porro.

H. D..., primipare, 30 ans. Premiers pas à 2 ans et demi. A l'âge de 4 ans, apparition de la déformation thoracique. Impossibilité de la marche jusqu'à 7 ans. Réglée à 21 ans régulièrement.

Dernières règles du 2 au 8 mars.

Examen général. — Cette femme mesure 1 m. 23, présente une cypho-scoliose dorso-lombaire ayant débuté à l'âge de 4 ans ; on lui a appliqué à plusieurs reprises des appareils plâtrés, mais à aucun moment elle n'a gardé le lit.

Quand on examine cette femme de dos, on remarque une gibbosité très prononcée occupant toute la partie latérale droite de la région dorsale, attribuable à une cypho-scoliose à convexité droite.

Le sommet de cette gibbosité paraît être au niveau de la sixième dorsale, et, sa flèche mesurée au moyen d'un fil à plomb est de 12,8. Le sommet est situé à 5 centimètres de la ligne médiane ; au-dessous, la ligne épineuse se dirige à gauche, atteint la ligne médiane au niveau de la troisième vertèbre lombaire et la dépasse.

Mensuration du bassin. — Distance entre les épines iliaques antérieures et supérieures : 26 centimètres ; diamètre coccy-sous-pubien : 6 cent. 8 ; diamètre bi-ischiatique : 6 cent. 13.

Le 18 *décembre*, à 1 h. 30 du soir, cette femme ressent ses premières douleurs.

Mlle Cochard examine la parturiente et trouve le col en voie d'effacement avec une dilatation lenticulaire. Membranes intactes.

La hauteur utérine est de 32 centimètres.

Opération. — On endort la femme, et, à 5 h. 25, M. Paquy incise la paroi abdominale. Par cette ouverture il fait basculer l'utérus en avant ; l'intestin est refoulé et maintenu à l'aide de compresses.

Avant d'inciser l'utérus, l'aide fait de la compression à l'aide des

deux mains, sur la partie inférieure de l'utérus. M. Paquy incise l'utérus sur la ligne médiane et arrive sur le placenta qui fait hernie entre les lèvres de l'incision ; il introduit la main à travers la plaie, décolle le placenta qu'il extrait avant le fœtus. Celui-ci, une fille, crie presque aussitôt.

On pose une ligature élastique sur le pédicule, et on l'y maintient avec une pince de M. Segond qu'on laisse à demeure.

On fait une ligature à la soie à droite et à gauche sur l'utéro-ovarienne, en dehors des annexes, et on sectionne l'utérus au bistouri à deux travers de doigt au-dessus du pédicule.

Le moignon de l'utérus est fixé à la paroi abdominale au moyen de fils d'argent et cautérisé au thermocautère.

On ferme la paroi abdominale avec des fils d'argent. Pansement à la gaze iodoformée à 5 h. 45.

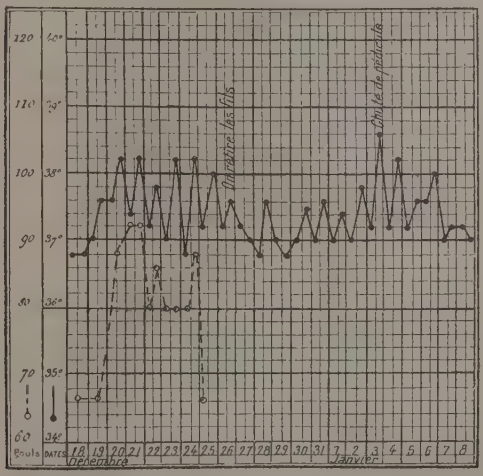
Poids du placenta : 300 grammes.

L'opération a duré 20 minutes.

Température 36°8.

Pouls 68.

Suites de couches. — 19. — Agitation, 1/2 piqûre de morphine.



Graphique 5

A partir de 5 heures du soir, une cuillère à café d'eau bouillie toutes les heures.

20. — Lait stérilisé.

21. — Diarrhée.

22. — Un potage et un œuf.

25. — Les fils sont retirés.

4 *janvier*. — Chute du pédicule, le 17e *jour*.

La femme quitte le service en bon état.

L'enfant pèse : 1.670 grammes le lendemain de sa naissance, 1.740 grammes le 12e jour, puis diminue de poids chaque jour, il est placé au pavillon des débiles à la Maternité lors de la sortie de la mère.

7. — Année 1900. Obs. 112.

Bassin vicié par le rachitisme. D. P. S. P. 8 centimètres. — *Opération de Porro, pratiquée par le professeur Pinard.* — *Enfant vivant de* 2.520 *grammes.*

F... M..., ménagère, 29 ans, primipare. Entre à la clinique Baudelocque le 18 janvier.

En interrogeant cette femme on apprend qu'elle a marché à 9 mois pendant 6 mois ; puis, après une courte maladie dont elle ne peut dire la nature, la marche devint impossible.

A partir de cette époque jusqu'à l'âge de 5 ans, elle dut s'aider de ses mains pour se traîner à terre.

A 5 ans elle reprit sa marche.

Ses premières règles firent leur apparition à l'âge de 16 ans, furent régulières et indolores.

Elle eut une scarlatine à 18 ans à la suite de laquelle elle resta 8 mois au lit.

Les dernières règles datent du 8 au 10 avril.

La hauteur utérine est de 37 centimètres.

A l'examen, on constate chez elle un rétrécissement du bassin, le diamètre Pr. S. P. mesure 8 centimètres (M. Pinard). La présentation est céphalique G. T.

A son arrivée la dilatation est de 5 francs.

L'enfant est vivant, les membranes sont intactes.

Pas d'albumine dans les urines.

Pouls et température normaux.

M. Pinard décide une intervention.

Opération. — A 11 h. 6, M. Pinard incise la paroi abdominale qui est très mince, puis le péritoine.

A 11 h. 8. Incision de l'utérus et des membranes de l'œuf. Le liquide qui s'écoule est verdâtre.

Extraction d'un enfant qui crie aussitôt et qui pèse 2.520 grammes.

Délivrance immédiate. Cette femme ne perd pas de sang.

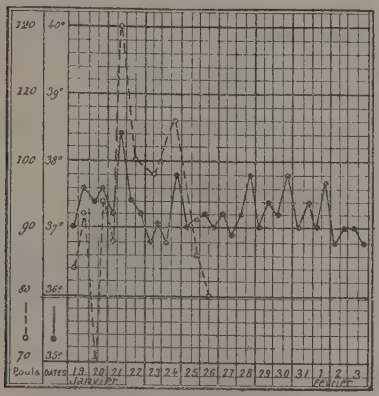
Un lien élastique est posé sur le pédicule qu'on suture à la paroi abdominale.

Section de l'utérus. Cautérisation du pédicule au thermocautère.

Suites de couches. — Les suites opératoires ont été normales.

21 *janvier*. — L'enfant est mis au sein de sa mère.

26. — Les fils profonds sont enlevés.



Graphique 6

27. — On enlève les fils superficiels.

1er *février*. — Chute du pédicule.

La mère quitte le service en bon état.

L'enfant pesait 3.300 grammes.

8. — Année 1905. Obs: 16.

IIpare. — Bassin étroit. — Symphyséotomie. — Troisième grossesse. Opération de Porro.

Jeanne L..., 25 ans, IIIpare. Ignore si elle est née à terme ; a été nourrie au biberon par sa mère jusqu'à 13 mois.

Vers l'âge de 2 ans, essais de marche, bientôt interrompus. N'a réellement commencé à marcher qu'à 4 ans.

A l'âge de 7 ans, rougeole compliquée d'otite suppurée à la suite de laquelle l'audition a été complètement perdue du côté gauche.

A l'heure actuelle, la femme mesure 1 m. 45, elle est bien développée et ne présente pas de traces de rachitisme à l'examen général du squelette.

1re *grossesse* : terminée en décembre 1902 par un avortement de 2 mois.

2e *grossesse* : Dernières règles du 15 au 20 mars 1903. Entre à la clinique Baudelocque le 23 décembre, ayant des contractions utérines douloureuses depuis quelques heures.

A son arrivée, cette femme est examinée par M. Pinard qui fait les constatations suivantes :

Le fond de l'utérus remonte à 43 centimètres au-dessus du pubis.

La paroi utérine est tendue. Il y a excès de liquide amniotique.

Présentation de l'extrémité céphalique, tête très élevée et mobile. L'excès de liquide ne permet pas de pratiquer exactement le palper mensurateur.

Le promontoire bas situé est très saillant, à 9 cent. 7 du sous-pubis ; bassin annelé très étroit.

A la dilatation complète les membranes se rompent spontanément ; à ce moment une procidence du cordon se produit, aussitôt réduite par Mlle Roze.

Pendant les cinq heures qui suivent la dilatation complète et la rupture des membranes, les contractions utérines énergiques et rapprochées ne parviennent pas à engager la tête.

M. Delestre pratique alors une *symphyséotomie* et extrait un enfant vivant pesant 4.450 grammes. D. Bi-P. 10,2. Placenta, 840 grammes.

Suites opératoires. — Volumineux hématome suppuré rétro-sym-

physien ; évacuation de pus par la plaie opératoire pendant 1 mois.

Cinq jours après l'opération, œdème du membre inférieur gauche qui atteint en quelques jours des dimensions considérables.

Pendant 1 mois 1/2, grandes oscillations de température et frissons. La femme quitte le service 2 mois 1/2 après l'intervention.

La femme eut son retour de règles au bout de 3 mois.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles datent du 1er au 5 avril.

La grossesse évolua sans aucun incident, la femme exerça son métier de passementière jusqu'à son entrée à la clinique, le 26 décembre 1904, où elle est admise au dortoir.

Le fond de l'utérus remonte à 37 centimètres au-dessus du pubis. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche, enfant vivant.

La tête très mobile, et haut située, déborde le pubis.

4 *janvier.* — A 2 heures du matin, la femme entre en travail. La veille, à 2 heures du soir, les membranes s'étaient prématurément rompues. La femme est amenée à la salle du travail.

A 10 heures du matin, M. Pinard examine la femme et, après avoir pratiqué le palper et le toucher mensurateur, constatant une disproportion très marquée entre le volume de la tête et les dimensions du bassin, il décide qu'une opération de Porro sera pratiquée.

Opération. — A 3 heures, M. Sauvage pratique sous chloroforme la laparotomie.

L'utérus est extériorisé et ponctionné au bistouri. L'incision est agrandie aux ciseaux. Le placenta qui se trouve inséré sur la paroi antérieure de l'utérus se trouve décollé par le doigt qui guidait les ciseaux.

Un enfant de 3.520 grammes est extrait, qui pousse un cri aussitôt après et reste, ensuite, pendant plusieurs minutes, en état d'apnée. Il est ranimé. D. Bi-P. 9, 2. Placenta 580 grammes.

L'opération est terminée par une amputation utéro-ovarienne à la manière de Porro.

Surjet de catgut sur le péritoine.

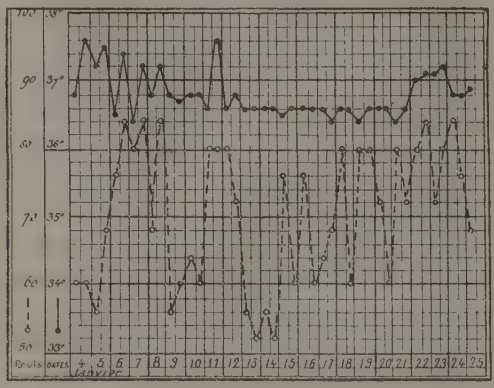
Fermeture de la paroi abdominale par des crins séparés.

Suites de couches. — Absolument normales.

La mère quitte le service en parfait état le 15 février 1905.

L'enfant pesait 3.320 grammes le lendemain de l'intervention, il rattrapait son poids de naissance le 8e jour. Allaité les premiers jours

par une nourrice de service, puis par sa mère, il faisait des augmentations quotidiennes de poids de 30 à 40 grammes. Il quitte le ser-



Graphique 7

vice pesant 4.680 grammes. Il fut allaité par sa mère pendant 1 an ; revu le 29 juin 1905, il pèse 7.800 grammes et mesure 0 m. 65.

9. — Année 1905. Obs. 1421.

Bassin étroit. Diamètre Pr.-S.-P. 9,3. — *Opération de Porro par M. Wallich.*

C. O..., IIpare. 1er accouchement : expulsion au 7e mois d'un fœtus mort.

Cette femme entre à la clinique le 19 septembre.

Examen. — Taille : 1 m. 32. Scoliose pure très prononcée, à convexité gauche au niveau de la 6e vertèbre dorsale, avec forte courbure de compensation dans la région dorsale inférieure et la région lombaire. Asymétrie pelvienne peu manifeste à l'examen extérieur du bassin ; crête iliaque gauche un peu plus élevée et léger aplatissement de la fesse de ce côté, parenthèse fémorale. Diamètre P.-S.-P. 9, 3. Palper mensurateur : la tête déborde assez notablement le pubis.

21 septembre, 1 h. soir. Début du travail.

3 h. soir. Dilatation de 2 francs. Poche des eaux assez volumineuse. Tête élevée, très mobile. Bruits du cœur bons.

7 h. 30 soir. La tête surplombe beaucoup le pubis. La dilatation est d'une grande paume de main. Les contractions sont énergiques. Bruits du cœur bons.

M. Wallich rompt la poche des eaux, il s'écoule un liquide légèrement teinté de vert. La tête est inclinée sur le pariétal postérieur ; la suture sagittale est très rapprochée de la symphyse.

8 h. 30 soir. Même état de la dilatation. Même situation de la tête. Contractions toujours énergiques. Mais les bruits du cœur sont sourds, irréguliers et le liquide amniotique est vert purée.

Etant donné l'arrivée récente de la femme à la clinique, l'existence d'une vaginite granuleuse, l'étroitesse des parties molles, M. Wallich renonce à la symphyséotomie, à la césarienne conservatrice et se décide à pratiquer l'opération de Porro.

Opération à 9 heures. M. Wallich pratique l'opération de Porro.— Opération classique. Le placenta est en partie inséré sur la face antérieure : le doigt peut le décoller et le refouler.

Extraction d'un garçon recouvert de méconium. L'enfant ne tarde pas à faire des mouvements d'inspiration et à crier. Il pèse 2.370 grammes. D. bi-pariétal de 8,6.

Le placenta est décollé, le segment inférieur de l'utérus comprimé manuellement, puis la ligature élastique posée et l'utérus amputé.

Au moment de la fermeture on constate un léger suintement sanguin entre la paroi et le moignon. Une mèche de gaze stérilisée est glissée entre le moignon et la paroi abdominale dans le cul-de-sac vésico-utérin. Suture de la paroi en deux plans. Pansement à la gaze stérilisée.

Suites de couches. — Pendant la nuit qui suivit l'opération, la malade fut très calme.

Le lendemain matin, la mèche est enlevée. Pansement à la gaze stérilisée.

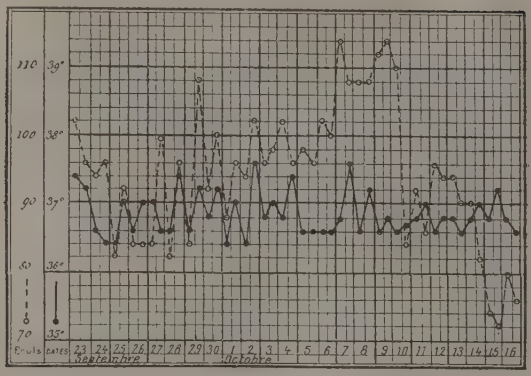
Les suites opératoires furent normales à partir de ce moment.

Le 15e jour, chute du pédicule.

Le 41e jour, la malade quittait le service en parfait état.

L'enfant pesait 2.200 grammes le lendemain de sa naissance, il rattrapait son poids de naissance le 8e jour.

Il était mis au sein de sa mère le 6e jour.



Graphique 8

Il pesait 4.100 grammes à sa sortie.

10. — Année 1905. Obs. 1478.

Bassin étroit, rachitique. — Pr.-S.-P. : 9, 4. — *Opération de Porro par M. Wallich.*

D..., primipare. Entrée à la clinique le 23 septembre 1905, alors enceinte de 8 mois environ.

Cette femme serait née à terme d'après les renseignements fournis par la mère. Elevée au sein maternel, elle se serait bien développée jusqu'à l'âge de 11 mois. Sevrée à cette époque, elle a présenté bientôt des troubles digestifs et une augmentation anormale du volume du ventre. Elle n'a vraiment commencé à marcher qu'à l'âge de 5 ans.

Séjour à Berck de 5 ans à 7 ans 1/2.

Vers l'âge de 15 ans, elle est soignée à l'hôpital Laënnec pour une déviation du rachis. Corset plâtré pendant 4 mois.

A l'examen actuel cette femme se révèle de petite taille : 1 m. 35. Genu valgum à gauche. Déformation marquée des tibias qui présentent une courbure en lame de sabre. Légère déviation scoliotique à convexité gauche dans la région lombaire. Facies de rachitique.

D. R. : 8-10 janvier. La grossesse évolue normalement.

Entrée au dortoir le 23 septembre, sur le conseil donné à la consultation où l'on a fait les constatations suivantes : Etroitesse du bassin. Diam. Pr.-S.-P. : 9 cent. 4. Face antérieure du sacrum accessible dans presque toute sa hauteur, aplatie avec un relief saillant correspondant aux articulations vertébrales. Saillie plus marquée à l'union des 1re et 2e sacrées, à 86 millimètres du sous-pubis ; les parties molles du bassin sont peu étoffées. Présentation céphalique. Tête débordant peu le bord supérieur du pubis.

Début du travail, le 20 octobre, 2 h. du soir. Hauteur utérine : 32 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique. Enfant vivant. Col en voie d'effacement. La poche des eaux bombe. La tête étant très élevée, M. Wallich décide d'attendre pour voir si les contractions utérines pourront appuyer la tête sur le détroit supérieur et l'engager. Les contractions utérines reviennent à intervalles rapprochés toutes les 5 puis toutes les 2 minutes. La femme s'agite et crie.

A 4 h. 45 soir, le col est complètement effacé ; les bords de l'orifice minces et dilatés comme 1 franc. La poche des eaux fortement saillante et la tête toujours très élevée.

A 5 h. soir, la tête n'est pas descendue malgré l'énergie et la fréquence des contractions. La symphyséotomie est éliminée à cause de l'étroitesse des parties molles. L'opération césarienne conservatrice semble être ici l'opération de choix, d'autant plus que la femme elle-même réclame le nécessaire pour avoir un enfant vivant.

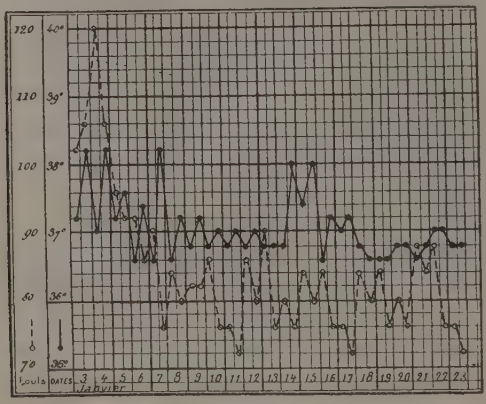
Opération. — A 5 h. 30, après les préparatifs d'usage, M. Wallich pratique la laparotomie. Extériorisation de l'utérus. Section de la paroi antérieure aux ciseaux. Extraction de l'enfant sans incident. C'est une fille qui pèse 2.730 grammes. D. Bi-P. 8,3. Elle est extraite en état d'apnée et ranimée avec beaucoup de difficultés. Décollement du placenta pendant que l'hémostase provisoire est assurée par la compression manuelle des pédicules vasculaires et du segment inférieur.

Un mètre de gaze est conduite à l'aide d'une pince jusque dans la cavité vaginale, le reste est plissé en accordéon dans la cavité utérine.

M. Wallich se dispose à suturer l'incision utérine, mais les aiguilles, qui ont été préparées, ont été détrempées par la stérilisation ; il est impossible de s'en servir, et d'attendre la préparation d'autres instruments. Il ne reste donc qu'à pratiquer l'amputation de l'utérus

et des ovaires suivant la technique de Porro. Drain n° 40 dans le Douglas. Pas de suture du moignon au péritoine pariétal.

Suites de couches. — Le lendemain matin, le pansement est refait. On change les compresses superficielles qui contiennent peu de sang.



Graphique 9

Le 2e jour aspiration par le drain. On évacua ainsi une cuillerée à soupe de sang noir.

Le 3e jour, aspiration par le drain. Une petite quantité de sérosité sanguine est évacuée.

Le drain est enlevé.

Le 8e jour, les fils sont enlevés.

Le 16e jour, chute du pédicule.

Le 30e jour, la mère et l'enfant quittent le service en parfait état.

L'enfant pesait 2.550 grammes le lendemain de l'opération ; il avait rattrapé son poids de naissance le 11e jour. Allaité par sa mère, il pesait à sa sortie 3.470 grammes.

11. — Année 1905. Obs. 1829.

Dystocie par excès de volume de la tête fœtale. — Enfant pesant 4 530 grammes avec un diamètre Bi-P. de 11 centimètres. — Opération de Porro par M. Sauvage.

G. E..., 39 ans, XIIpare. 8 accouchements avec présentation du

siège ; 1 à terme avec présentation du sommet ; 2 grossesses terminées par avortement.

Début du travail le 8 décembre, à 5 heures du matin.

Entrée à la salle de travail le même jour, à 9 h. 30 matin. On constate alors ce qui suit :

Œdème sus-pubien. Fond de l'utérus remontant à 46 centimètres au-dessus du pubis. Tension marquée de la paroi utérine. Fluctuation nette surtout dans la paroi droite de l'utérus.

Le palper, très gêné par la tension de la paroi utérine, permet difficilement de constater la présence dans l'utérus d'un enfant se présentant par l'extrémité céphalique, dos à gauche.

Au toucher : le col est mal effacé, le bout de l'index arrive sur les membranes qui sont constamment tendues. Les bruits du cœur fœtal sont perçus à gauche de l'ombilic, dans un espace restreint.

A 1 h. 15 du soir, l'état du col étant resté le même qu'au moment de l'arrivée, malgré les contractions utérines, on rompt artificiellement les membranes avec les précautions d'usage : 2.150 grammes de liquide sont recueillis, le fond de l'utérus reste toujours à 43 centimètres au-dessus du pubis. A partir de ce moment les contractions utérines deviennent plus efficaces, le col s'efface et à 5 h. 30 du soir, la dilatation est égale à une paume de main.

Bientôt les contractions s'espacent et deviennent moins énergiques. Injections d'eau à 50° entre la partie fœtale et les bords de l'orifice (6 h. soir ; 11 h. soir ; 5 h. matin). Les contractions deviennent plus énergiques et plus fréquentes ; la tête s'applique franchement sur le détroit supérieur et le pariétal postérieur descend dans l'excavation.

A 7 heures du matin, la sage-femme de garde, Mlle Bailly, trouve le col complètement dilatable, les bruits du cœur sont bons.

Le 9 décembre, à 9 h. 30 matin, examen de M. Pinard qui insiste sur le volume considérable de l'enfant ; en raison de l'état de surmenage et de fatigue de la femme il décide qu'il y aura lieu d'extraire l'enfant si le travail se prolonge.

A 11 h. 30 du matin, la femme étant de plus en plus fatiguée et les contractions utérines étant faibles et espacées, M. Sauvage pratique un examen : la tête est très fortement inclinée sur son pariétal postérieur, la suture sagittale est à 2 travers de doigt environ derrière le pubis ; il existe une grosse bosse séro-sanguine.

M. Sauvage fait endormir la femme au chloroforme et pratique le toucher manuel : tête très ossifiée et volumineuse mais sans exagération de largeur des sutures ni des fontanelles, orientée en O. I. G. T. Pas de viciation pelvienne appréciable. En raison de l'inclinaison sur le pariétal postérieur, il est difficile de se faire une idée exacte sur la disproportion que l'on soupçonne entre le volume de la tête et la capacité du bassin.

La femme étant déjà accouchée 9 fois à terme d'enfants vivants qui tous, sauf un, se sont présentés par le siège, M. Sauvage tente une application de forceps. Prise régulière. Des tractions très soutenues mais très prudentes sont insuffisantes pour entraîner la tête. Se rendant compte que s'il continue, l'intervention pourra compromettre la vie de l'enfant, M. Sauvage enlève les cuillers et s'assure que les bruits du cœur sont bons. Il prévient M. Pinard.

M. Pinard conseille de stimuler la contractilité de l'utérus par des injections à 50° faites entre la présentation et les bords de l'orifice et, si ce moyen échoue, de vérifier à nouveau la disproportion entre le volume de la tête et la capacité du bassin et de pratiquer alors l'opération de Porro. Il est midi 30.

Jusqu'à 5 h. 30 des injections de 4 litres à 50° sont faites entre la tête et les bords de l'orifice. Les contractions utérines produites par les injections restent faibles et très espacées. M. Sauvage se rend compte à nouveau du rapport entre le volume de la tête et la capacité du bassin, s'assure que l'enfant est vivant et décide, suivant les conseils de M. Pinard, de pratiquer une opération de Porro.

A 6 h. 15 soir, M. Sauvage pratique l'opération de Porro. Opération classique. Extraction d'un garçon qui crie aussitôt. Il pèse 4.530 grammes. Son diamètre bi-pariétal égale 11 centimètres.

Suites de couches. — Le 8e jour les fils sont enlevés.

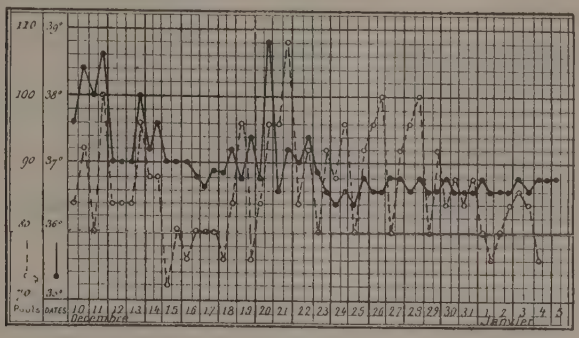
Le 10e jour, la plus grande partie du pédicule est sectionnée et la broche est enlevée.

Le 12e jour, ascension brusque de la température, 38°8. Pouls, 108. Lymphangite du sein (ascension typique en clocher). Chute de la température le lendemain, après pansement humide et bandage compressif.

Le 13e jour, le reste du pédicule est sectionné, le serre-nœuds est enlevé.

Le 20 *janvier* la malade quitte le service en parfait état.

L'enfant pesait 4,530 grammes, mesurait 52 centimètres ; D. Bi-P. 11 ; placenta, 740 grammes.



Graphique 10

Le lendemain de l'opération l'enfant pesait 4.270 grammes ; il avait rattrapé son poids de naissance le 12e jour.

Allaité par sa mère, il pèse à sa sortie 5.950 grammes.

12. — Année 1900. Obs. 857.

Cyphose lombo-sacrée. — Opération de Porro par M. Sauvage.

G. L..., 26 ans, IIpare.

Cette femme a commencé à marcher à 10 mois. Vers l'âge de 2 ans, apparut une déviation du rachis et la marche fut interrompue, un appareil spécial fut appliqué. Reprise de la marche à 3 ans.

Actuellement : taille 1 m. 44. Cyphose lombaire : saillie accentuée des apophyses épineuses des 3e, 4e, 5e lombaires ; grand rayon de courbure ; la partie supérieure du sacrum fait partie de la cyphose.

1er accouchement à la clinique Baudelocque, le 1er mai 1903 (obs. n° 883). Sommet. Application de forceps. Extraction d'un enfant de 3.600 grammes, qu'on ne peut ranimer.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 30 juillet au 4 août.

Evolution normale de la grossesse. La femme entre à la clinique

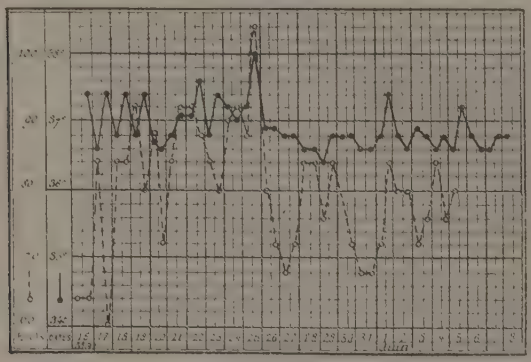
le 16 mai, à 7 heures du matin, ayant des contractions utérines douloureuses depuis 6 heures du matin.

A l'entrée : hauteur utérine, 36 centimètres. Présentation du siège décomplété mode des fesses en D. T. La tête est dans la corne utérine gauche. Ecoulement par la vulve de liquide amniotique vert.

10 heures matin : Examen de M. Sauvage : le vagin présente par places des cicatrices ; bassin en entonnoir ; épines sciatiques saillantes. Le toucher manuel permet de ne placer que difficilement trois doigts entre les deux ischions. En raison des dimensions de la tête qui paraît très volumineuse au fond de l'utérus d'une part, de l'existence de cicatrices dans le vagin d'autre part, il semble nécessaire d'intervenir par la voie haute.

A 1 h. 25 soir. Opération de Porro, faite par M. Sauvage. Durée de l'intervention : 25 minutes.

Suites de couches. — Suites de couches absolument normales,



Graphique 11

comme le montrent les courbes de pouls et de température.

Le 11e jour, les fils sont enlevés.

Le 16e jour, ablation du moignon.

Le 21e jour, chute du lien.

Le 30e jour, la malade se lève pour la première fois. Elle quitte le service en parfait état le 34e jour après l'opération.

Enfant. — Le jour qui suit l'opération il pesait 3,610 grammes. Allaité par la mère, il pesait 3 500 grammes le 6e jour.

Augmentation de 20 à 30 grammes par jour à partir de ce moment.

Rattrape son poids de naissance le 15e jour. Sort en très bonne santé le 34e jour, pesant 4.640 grammes.

13. — Année 1907. Obs. 276.

Bassin rétréci. — Insertion basse du placenta. — Hémorragie (pouls 112). — Opération de Porro par M. Mouchotte.

Madeleine R..., 39 ans, primipare, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et pathologiques.

Elle a fait ses premiers pas à l'âge de 1 an, elle a toujours bien marché.

Réglée, pour la première fois, à 15 ans, elle l'a toujours été régulièrement.

Elle ne s'est exposée à être fécondée qu'à l'âge de 38 ans.

Histoire de la grossesse. — Les dernières règles datent du 10 au 13 mai. A deux reprises différentes, le 11 décembre et le 28 décembre, elle a eu de légères métrorragies. Elle évalue à un verre environ la quantité de sang perdu chaque fois.

12 *février.* — La femme a une nouvelle hémorragie plus abondante que les deux premières.

14. — 10 heures du matin. Elle arrive à la clinique Baudelocque où elle est admise et aussitôt envoyée à la salle de travail.

Elle peut, à ce moment-là, être à terme.

M. Pinard l'examine à ce moment, et fait les constatations suivantes :

La hauteur utérine est de 33 centimètres. L'utérus est en état de contraction permanente, les contractions sont indolores. La forme de l'organe est irrégulière : le fond paraît largement échancré. La simple application de la main sur la paroi abdominale, au moment où l'utérus paraît se relâcher, détermine une nouvelle contraction utérine, aussi le palper est-il absolument impossible. Au niveau du détroit supérieur et à droite, empiétant un peu sur la fosse iliaque droite, l'utérus paraît soulevé en une voussure de consistance plus dure et qui semble être en rapport avec la présence de la tête fœtale.

Auscultation bonne.

M. Pinard pratique alors le toucher et constate que :

Le col est fermé.

Le segment inférieur épaissi.

Le promontoire et la face antérieure du sacrum facilement accessibles.

Le pouls bat à 80. La température est de 36°6.

M. Pinard pose alors les indications suivantes :

Si la femme a des hémorragies, si le pouls s'élève et se maintient au-dessus de 100, *malgré les injections à* 50°, *on pratiquera une opération de Porro*

Dans le courant de la journée, à chaque mouvement que fait la femme, un peu de sang s'écoule par la vulve, mais le pouls reste peu élevé aux environs de 80.

15. — 10 h. du matin. Nouvel examen de M. Pinard. Même état de l'utérus. Palper impossible.

4 h. du soir. Nouvelle hémorragie. La femme expulse un caillot du volume du poing. Le pouls bat à 96. La femme est examinée à ce moment, et l'on constate que l'orifice est ouvert comme 1 franc ; on arrive directement sur le tissu placentaire.

M. Mouchotte est prévenu.

L'écoulement sanguin ne s'arrête pas, il n'est pas très abondant, *mais continu*, malgré les injections vaginales à 50°. La femme éprouve quelques légères douleurs rénales.

4 h. 40 soir. M. Mouchotte arrive, le pouls bat à 104. Dix minutes après, le pouls pris à plusieurs reprises, par plusieurs personnes, *se maintient à 108*.

5 h. M. Pinard, aussitôt prévenu, ordonne de faire une opération de Porro immédiate.

Pendant les préparatifs, le pouls s'élève encore. Il bat à 112 au moment de l'intervention.

Opération. — 5 h. 45 : M. Mouchotte pratique la laparotomie : Extériorisation de l'utérus. Incision longitudinale médiane de la paroi antérieure de l'utérus. La partie inférieure de l'incision répond à la partie supérieure de l'insertion placentaire. Cette languette placentaire supérieure est décollée. L'enfant est baigné dans une véritable purée méconiale (il est extrait après section du cordon. Il pèse 3.000 grammes. D. Bi.-P. 9,2), ranimé après désobstruction des voies respiratoires.

Pose de la ligature élastique et de la broche. Amputation antéro-ovarique.

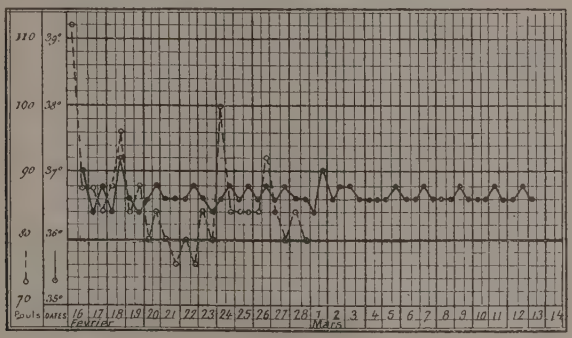
La ligne d'amputation utérine intéresse le segment inférieur et le placenta. Une rondelle placentaire demeure adhérente au moignon. Une partie de ce tissu est enlevée aux ciseaux.

Les trompes n'ont été que partiellement prises dans la ligature élastique. Les parties sous-jacentes de la ligature sont réséquées après suture au catgut de leur méso.

Surjet péritonéal au catgut n° 2. Fixation du péritoine pariétal au moignon utérin par quatre catguts (1 à droite, 1 à gauche, 1 en bas, 1 en haut). Petit drain du n° 25 dans l'angle inférieur de la plaie. Fermeture de la paroi aux crins de Florence.

Pansement aseptique.

Suites de couches. — La nuit est calme, la malade dort, on ne lui fait pas d'injection de morphine.



Graphique 12.

Du 15 *février*, 8 h. du soir au 17 *février*, 2 h. du soir, elle urine spontanément 1 litre 1/2 d'urines.

18. — Lavement évacuateur suivi de garderobes abondantes.

Du 17 *février*, 2 h. du soir au 19 *février*, 7 h. du matin, 1.500 grammes d'urines.

Dans la journée du 19 *février*, la malade n'urine que 500 grammes, on lui fait 200 grammes de sérum. Elle tousse, se plaint d'un point de côté et a des râles de bronchite dans toute la poitrine : on

lui administre un julep-codéine (la malade n'allaite pas encore son enfant).

21. — La malade ne tousse plus, elle urine 750 grammes.

A partir de ce moment, tout est normal, le malade allaite son enfant.

13 *mars*. — Chute aseptique du moignon.

21 *avril*. — La femme quitte le service en parfait état.

L'enfant pesait 2.870 grammes le lendemain de l'opération. Il rattrape son poids de naissance le 10e jour. Il pèse 3.980 grammes à sa sortie.

14. — Année 1906. Obs. 1284.

Bassin ostéomalacique. — Opération de Porro, au début du travail (M. Lepage).

Femme A..., VIpare, 35 ans, née à Paris, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose à 40 ans. Mère morte à 38 ans de cause inconnue.

Réglée pour la première fois à 14 ans 1/2, toujours régulièrement depuis.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à l'âge de 3 ans.

Amputation de la phalangette du pouce droit, qui présentait une malformation congénitale, par M. Monod, à l'hospice d'Ivry.

Grossesses antérieures. — Quatre premiers accouchements furent absolument normaux et se terminèrent spontanément par l'expulsion d'enfants à terme.

Le premier, mis en nourrice, mourut de gastro-entérite au mois de juillet.

Les trois autres, nourris au sein par la mère, sont vivants et bien portants.

Le cinquième accouchement eut lieu en 1902 et, au dire de la femme aurait été beaucoup plus laborieux que les précédents (sans qu'il soit possible de lui faire préciser en quoi il fut pénible). Il se termina, cependant, par l'expulsion spontanée d'un garçon qui fut nourri au sein jusqu'à 20 mois, eut sa première dent à 8 mois et fit ses premiers pas à 2 ans. Il mourut à 3 ans de broncho-pneumonie compliquant une rougeole.

Pendant tous ces allaitements la femme ne fut pas réglée. Elle n'a jamais quitté Paris.

Quinze à seize mois après le dernier accouchement, pendant qu'elle allaitait son dernier enfant, la femme a ressenti, dans les membres inférieurs, des douleurs qui furent assez violentes, et obligèrent la femme à rester alitée pendant les mois de mai et de juin. On crut qu'il s'agissait de rhumatismes et le médecin traitant prescrivit du salicylate de soude. D'ailleurs ce diagnostic avait déjà été porté pour quelques accidents du même genre, mais plus frustes, et qui étaient survenus quelques semaines après le quatrième accouchement en 1900.

Au bout de 2 mois, les douleurs s'amendent et l'état de la femme s'améliore au point qu'elle peut se lever et reprendre les occupations de son ménage. Mais sa santé reste définitivement compromise.

Pendant 1 an 1/2, la malade est en proie à des douleurs continues, avec crises paroxystiques siégeant dans les membres inférieurs, la région lombaire et le bassin, et l'obligeant à marcher courbée. Par périodes les crises douloureuses sont si aiguës, que, seul, le séjour au lit parvient à les calmer un peu. A en croire la malade, elle se serait aperçu, à ce moment, qu'elle diminuait, progressivement, de taille ; que ses côtes se rapprochaient de son bassin (elle prétend avoir perdu ainsi plus de 10 centimètres de hauteur). Cependant, les médecins traitants persistent dans le diagnostic de rhumatisme et épuisent, sans succès, toute la liste des médicaments et des topiques en usage.

Après avoir essayé, pendant 1 an 1/2, de trouver un soulagement à ses douleurs, la malade se décide à consulter à l'hôpital et, le 5 avril 1905, elle entre à Laënnec dans le service du Dr Merklen, alors suppléé par M. Brouardel. Celui-ci aurait porté le diagnostic de spondylolisthésis et prescrit le séjour prolongé au lit et l'emploi d'une solution d'acide phosphorique. Sous l'influence de ce traitement, l'état s'améliore considérablement et la malade quitte l'hôpital le 20 juillet. De retour chez elle, elle peut reprendre, en grande partie, ses habitudes et s'occuper des soins de son ménage. Les douleurs ont disparu. La taille reste stationnaire.

Pendant cette période d'amélioration les règles, qui jusque-là étaient restées régulières, se montrent, pour la dernière fois, du 19 au 24 octobre.

Grossesse actuelle. — Pendant 5 mois, l'évolution est normale, sauf quelques vomissements pendant les deux premiers mois, et, parfois, un peu de dyspnée et de tendance syncopale ; la station debout et la marche restent normales.

En avril, la scène change, les douleurs reparaissent dans les membres inférieurs et dans la région lombo-sacrée. La marche redevient pénible, impossible à certains moments. A la suite d'une chute sur la main, la malade se fracture le radius. A ce moment, le médecin traitant, d'accord avec une sage-femme, adresse la malade à la clinique Baudelocque, où elle vient le 28 mai dans l'après-midi. A la consultation, Mlle Veret constate que le bassin présente des déformations très particulières, qui lui font penser qu'il s'agit peut-être d'un bassin ostéomalacique.

Malgré le conseil qui lui est donné, elle refuse de rester dans le service, mais promet de revenir si son état ne s'améliore pas.

Elle revient alors le 15 juin, se traînant difficilement et ne parvenant à avancer qu'avec l'aide de deux personnes qui la maintiennent solidement par les bras et le dos. Elle fait, à chaque pas, une grimace de douleur et se tient constamment pliée en deux, le tronc fortement incliné en avant. La malade est admise au dortoir.

17 *juin.* — Examen de M. Pinard.

Il constate une viciation très accusée du bassin.

A peu de distance de la vulve, l'index butte contre le promontoire très saillant et très bas.

La concavité du sacrum est remplacée par deux surfaces planes qui se réunissent en dessinant une rigole transversale.

Inférieurement, la pointe du sacrum et le coccyx se recourbent en hameçon.

Les parties latérales de l'excavation paraissent convexes et saillantes.

Les deux pubis sont parallèles et laissent entre eux une gouttière étroite qui remplit la largeur de l'index.

Le reste du squelette contraste avec le bassin, en dehors d'une ensellure lombaire très marquée, il est vrai, on ne trouve, nulle part, aucune déformation appréciable.

M Pinard porte le diagnostic de bassin ostéomalacique. Il décide

de laisser évoluer la grossesse et de n'intervenir qu'au moment du travail, en pratiquant alors l'opération de Porro.

En attendant le moment de l'intervention, la femme reste constamment couchée, immobilisée dans son lit, en attitude demi assise, le corps soutenu par des piles d'oreillers. Sous l'effet du repos, les douleurs s'atténuent rapidement et. six jours après son entrée, elles ont presque disparu.

Pendant tout le mois de juillet l'état de la femme resta stationnaire, aussi satisfaisant que possible.

16 *juillet* 1906. — Le titrage de l'acide phosphorique total de l'urine, donne : 0 gr. 782 par litre.

16. — Une analyse complète des urines est faite dont voici le résultat :

Vol. 660. D. 1.016.

	Par litre	Par 24 heures
Résidu fixe à 100°	37.28	24.60
Cendres	10.08	6.60
Mat. organique	27.20	18
Acidité en SO^4H^2	0.1050	
Urée	10.49	6.913
Acide urique	1.01	0.66
Azote total	5.90	3.89
Coefficient d'oxydation	0.93	
Chlorures	9.569	6.57
Phosphates	1.1172	0.66

Urobiline et indican : abondants.

Glucose, albumine, pigments biliaires : néant.

30. — A 10 heures du soir, apparaissent quelques contractions utérines douloureuses. Hauteur utérine : 31 centimètres.

31. — Dans la matinée, les contractions se rapprochent, le col s'efface et à deux heures les bords de l'orifice sont dilatés comme 1 franc.

A 3 heures du soir, M. Lepage pratique une opération de Porro. Drain n° 40.

L'opération ne présente aucun incident particulier. L'enfant extrait pèse 2.900 grammes. D. Bi-P. 9, 4. Placenta, 475 grammes.

Suites opératoires. — Elles furent très simples. Dès le 6e jour, la

femme mange avec appétit et semble engraisser. Son visage n'a plus l'aspect fatigué, et la teinte jaunâtre qu'il avait pendant toute la grossesse disparaît. La station assise est facilement gardée dans le lit pendant plusieurs heures de suite. La malade ne ressent aucune douleur.

Le 3e jour, le drain est retiré.

Le 10e jour, les fils sont enlevés.

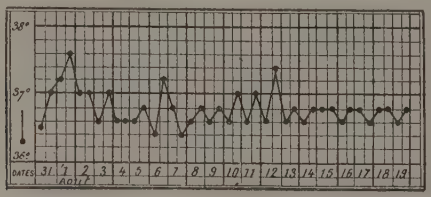
Le 16e jour, le pédicule tombe.

Le 20 septembre, la malade se lève pour la première fois. La station debout et surtout la marche, sont très difficiles. Pendant les jours qui suivent, la marche devient un peu plus assurée, mais encore bien difficile.

Le 30 septembre la malade quitte le service, marchant seulement avec l'aide d'une personne.

Elle mesurait à sa sortie 1 m. 35.

Il y avait encore une petite fistule au niveau du moignon.



Graphique 13.

L'*enfant* pesait 2.720 grammes le lendemain de l'opération. Il augmente progressivement de poids à partir de ce moment, il rattrape son poids de naissance le 8e jour.

Dès la fin de la première semaine il est mis au sein de sa mère (tétées complétées par une nourrice du service), qui l'allaite sans aucune fatigue. Il fait des augmentations journalières de poids de 15 à 20 grammes en moyenne. Il quitte le service, en parfait état, en même temps que sa mère et pèse à ce moment 4.000 grammes.

Cette femme, revue par nous 3 mois après l'opération, raconte que son état est, sans cesse, allé en s'améliorant.

Pendant quelque temps elle n'a pu monter ses escaliers qu'avec l'aide d'une personne, et elle était obligée de rester assise une grande

partie de la journée. Depuis un mois, elle a pu recommencer à s'occuper de son intérieur, et elle marche sans fatigue. Depuis 18 jours, elle monte et descend toute seule ses escaliers et fait, elle-même, les courses nécessaires à son ménage. La fistule qui persistait au niveau du moignon, au moment de sa sortie, a complètement disparu.

Elle a dû, pendant deux mois, compléter avec du lait stérilisé les tétées qu'elle donne à son enfant ; depuis un mois, son lait suffit à le nourrir. Il est dans un état très satisfaisant.

2° HYSTÉRECTOMIES

1. — Année 1897.

Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin. — Pinard, avec M. Segond, *Annales de gyn.*, 1897.

Femme H... Adélaïde, âgée de 32 ans, primipare, n'ayant marché qu'à l'âge de 8 ans, dont la taille mesure 1 m. 15 et présentant une déformation du squelette extrêmement prononcée. Les membres inférieurs, très peu développés et d'inégale longueur, sont incurvés.

La colonne vertébrale offre un beau type de scolio-cyphose.

Le bassin est asymétrique. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7 cent. 8 et la ligne innominée du côté droit est rectiligne et se trouve à 2 centimètres de l'angle sacro-vertébral, c'est-à-dire que le côté droit du petit bassin n'existe pour ainsi dire pas.

Cette femme, qui avait eu ses dernières règles à la fin de janvier 1900, vint me consulter le 29 octobre, et, après avoir fait les constatations rapportées ci-dessus, je pensai qu'en raison du rétrécissement et de l'asymétrie du bassin, ce cas n'était justiciable d'aucune pelvitomie, et que la seule conduite rationnelle à tenir était de laisser la grossesse aller à terme et de pratiquer, au début du travail, une opération césarienne.

Elle resta donc au dortoir de la clinique Baudelocque du 27 octobre au 16 décembre, et pendant ce laps de temps ne présenta pas le moindre accident. Malgré l'étroitesse de la cavité abdominale et la déformation du thorax, sous l'influence du repos, la grossesse évo-

lua normalement, l'utérus étant sorti presque entièrement de la cavité abdominale et retombant entre les membres inférieurs.

Les premières contractions utérines douloureuses se montrèrent le 16 décembre, à 7 heures du matin,

Après avoir pratiqué un nouvel examen du bassin, je résolus de pratiquer une gastro-hystérotomie, suivie de l'hystérectomie totale, contrairement à la conduite que j'avais suivie jusque-là dans des conditions semblables où je pratiquai la gastro-hystérotomie suivie de l'amputation utéro-ovarique, dite opération de Porro.

L'anesthésie ayant été pratiquée et la toilette faite, j'incisai la paroi abdominale sur une étendue assez considérable pour me permettre de faire sortir l'utérus de la cavité abdominale. Des pinces rapprochèrent immédiatement les deux lèvres de la partie supérieure de l'incision, de façon à empêcher l'issue des intestins. Je soulevai alors l'utérus, et un fort lien élastique fut placé à la partie inférieure de l'utérus au ras de la paroi abdominale, de façon à assurer l'hémostase pendant la section de l'utérus.

J'incisai alors l'utérus et procédai à l'extraction de l'enfant.

Je laisse maintenant la parole à mon collaborateur Segond, à qui je confiai à ce moment la direction et l'exécution de l'opération.

« L'extraction du fœtus et l'énucléation du placenta une fois terminées, l'hémostase des bords de la plaie utérine a été assurée par deux pinces à longs mors ; bien entendu, j'ai supprimé le lien élastique fixé autour du col pendant la première partie de l'intervention, c'est-à-dire pendant la prise du fœtus, et, la malade étant placée sur le plan incliné, j'ai procédé à l'ablation totale de l'utérus et des annexes, en adoptant la marche opératoire de la méthode d'hystérectomie abdominale connue sous le nom de *méthode américaine*, laquelle doit être, à mon avis, considérée aujourd'hui comme la méthode de choix.

Ligature et section de l'artère utéro-ovarienne gauche, en dehors des annexes ; même manœuvre pour l'artère du ligament rond, et, à coups de ciseaux, section du ligament large de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine.

Isolement soigné, ligature et section de celle-ci, puis, au-dessous d'elle, dans le cul-de-sac latéral, ouverture du vagin, sans autre guide que la perception du col au travers des parties molles. Par

cette brèche vaginale, latérale, préhension et renversement du mu seau de tanche, en haut et à droite, à l'aide d'une pince appropriée ; puis en quelques coups de ciseaux, libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce niveau et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant.

Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, juqu'à la découverte, fort simple, de l'utérine correspondante.

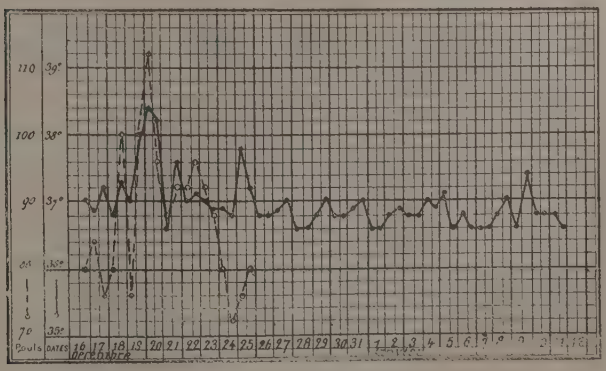
Ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne. Donc, en tout, six ligatures maîtresses, auxquelles j'ai dû en ajouter seulement deux autres sur la tranche vaginale, pour parachever l'hémostase.

Cela fait, le foyer opératoire s'est montré complètement étanche, j'ai paré simplement les surfaces cruentées en ramenant au-dessus d'elles les lambeaux péritonéaux disponibles, sans prendre la peine d'allonger l'intervention par un surjet péritonéal.

J'ai terminé en assurant le drainage par une mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin. Bien entendu, j'ai fermé complètement la plaie abdominale

La durée de cette opération a été d'une heure. Il va sans dire que je parle de la seule durée opératoire utile à connaître, c'est-à-dire de la durée totale, hémostase et sutures comprises, sans m'inquiéter un instant du temps que j'ai pu mettre à sortir l'utérus du ventre pour le jeter dans un plat.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été des plus sim-



Graphique 14.

ples. Une seule ascension thermique se montra le cinquième jour et fut sans conséquence. Les fils de la plaie ont été enlevés le dixième jour. La mèche de gaze iodoformée fut retirée le treizième jour, et cette femme qui allaite son enfant depuis le lendemain de son opération, s'est levée au bout de trois semaines et est, ainsi que vous pouvez le constater, en parfait état.

L'enfant, qui se mit à crier aussitôt sorti de l'utérus, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas, pesait 3.600 grammes, poids énorme, étant donné la petite taille de la mère, mais qui ne m'étonne pas, étant donné le repos de la mère pendant les derniers mois de la grossesse, et l'impossibilité pour le segment inférieur de l'utérus de pénétrer dans l'excavation.

2. — Année 1898. Obs. 1924.

Rupture prématurée des membranes. — Liquide amniotique verdâtre. — Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale, par M. Routier.

J N.. , IIIpare, 23 ans, couturière. Ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Nourrie au sein par sa mère pendant 28 mois, elle prétend avoir fait ses premiers pas à 11 mois? et avoir toujours bien marché. Elle ne présente rien de particulier comme antécédents pathologiques.

Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, elle le fut toujours régulièrement depuis.

Grossesse antérieure. — 1° Chez elle, 22 juillet 1895. A terme, travail long ayant nécessité une application de forceps. Fistule urinaire consécutive, opérée par M. Routier en 1896.

2° 14 février, 8e mois. Baudelocque, observation 282 du registre de la clinique. Extrêmement laborieux. Entre à la clinique le 12 février, le fœtus se présente par l'épaule Version par manœuvres externes, ceinture entocique. Le travail débute le 14 février : 7 h. 30 ; les membranes se rompent prématurément. Fœtus toujours très mobile. Procidence de la main, tentatives de réduction. Le travail n'avance pas. Ballon de Champetier grand modèle introduit dans l'utérus. Les contractions deviennent plus régulières et énergiques.

Ballon expulsé, le col se reforme. T. 37°7 ; P. 120. Les contractions sont de plus en plus rares. M. Bouffe examine alors la femme :

Le promontoire est difficilement accessible, D. Br. S. P. 11,2. Le sacrum n'est pas plat, il est impossible de reconnaître une asymétrie. Dans ces conditions, sur l'avis de M. Pinard, M. Bouffe tente une version par manœuvres internes. Abaissement des pieds très laborieux. M. Bouffe attribue à la contraction utérine la difficulté qu'a sa main à cheminer dans le vagin et le segment inférieur. Au cours de l'abaissement des épaules le fœtus succombe. La tête dernière ne peut être ni fléchie, ni engagée par la manœuvre de Mauriceau.

Basiotripsie sur la tête dernière, très laborieuse aussi, tentée par M. Bouffe, terminée par M. Pinard.

La malade a des suites de couches pathologiques et quitte le service avec une cystite purulente.

Avant son départ, M. Pinard examine son bassin et fait les conclusions suivantes :

« *Bassin asymétrique et très rétréci du côté gauche. La femme étant debout, on constate une asymétrie du pli fessier médian, une saillie de la hanche droite très accusée, une ensellure considérable des crêtes iliaques saillante comme dans un bassin vicié par spondylolisthésis.* »

Grossesse actuelle. — La femme ne se souvient pas de la date exacte de la fin de ses dernières règles. *Ses membranes se sont prématurément rompues* le 2 novembre à midi. Elle entre à la clinique Baudelocque le 6 novembre à 4 h. du soir. O. I. G T. tête haut située. Col long. Liquide amniotique normal.

3 *novembre* au matin. — La tête est toujours au-dessus du détroit supérieur, très élevée. Le liquide commence à devenir verdâtre. En raison des difficultés sérieuses au cours des accouchements antérieurs, M. Pinard décide de pratiquer une opération césarienne ; M. Pinard demande à M. Routier s'il veut opérer et, sur sa réponse affirmative, l'opération est pratiquée.

Opération. — Chloroformisation à 11 h. 45.

La femme est placée dans la position de Trendelenbourg et l'opération est commencée à 11 h. 52.

L'enfant extrait à 11 h. 56 pèse 3.880 gr. (D-Bi-Pl.10. Pl. 640) et se met à crier aussitôt.

M. Routier lie séparément, de chaque côté, l'artère utéro-ovarienne et l'artère du ligament rond. Il fait au-dessus du lien élastique la section sus-cervicale de l'utérus, incise les culs-de-sac antérieur et postérieur et lie les artères utérines en prenant en masse la base des ligaments larges, à l'aide de deux fils qui traversent, de chaque côté, la paroi antérieure et postérieure du vagin.

Drainage abdomino-vaginal à l'aide d'une mèche de gaze.

A midi 28, la suture de la paroi abdominale est terminée.

L'opération a duré 36 minutes.

Suites opératoires. — Le 3 et le 4, température normale. La malade va bien.

Le 5 au matin. T. 38°4. Pouls rapide, mais bien frappé.

Le 5 au soir. T. 38°6. La malade passe une mauvaise nuit, en proie à du délire, elle a des vomissements verdâtres, son ventre est ballonné.

Journée du 6. Même état, pouls très rapide, mais bien frappé.

Le 7 au matin. T. 39°. Pouls filiforme.

Morte à 11 h. 1/4 du matin.

L'enfant pesait 3.820 grammes le lendemain de l'opération, il quitte le service n'ayant pas encore repris son poids de naissance (3.785 gr.), mais très bien portant, emporté par sa grand'mère.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Dans la fosse iliaque droite, 350 grammes de caillots gelée de groseille, au niveau du pédicule droit dont la ligature est intacte.

Examen bactériologique. — Ensemencement avec sérosité péritonéale, sang du cœur, de la rate, etc.

Les cultures ont décelé la présence de streptocoques peu nombreux, du bactérium-coli et de bactéries de la putréfaction. Parmi celles-ci une bactérie ressemblant à s'y méprendre au bacille du tétanos (culture du sang du cœur).

Rein droit atteint d'hydronéphrose. Coque de 3 millimètres d'épaisseur contenant un liquide citrin.

L'urètre est oblitéré par un pont de 3 centimètres d'épaisseur au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Rein gauche très volumineux, pèse 210 grammes, mesure 16 centimètres de long et 6 centimètres d'épaisseur.

§ 2. — Tumeurs.

Nos	ANNÉES	OBSERVATIONS	INDICATIONS	FEMME	ENFANT	PAGES
			1° Opérations de Porro.			
1	1891	928	Kyste de l'ovaire droit.	V.	V.	106
2	1896	1059	Fibrome pédiculé. Utérus fibromateux femme âgée. Occlusion intestinale secondaire.....	M.	V.	108
3	1901	211	Enchondrome obstruant le petit bassin.....	V.	V.	111
4	1901	741	Fibrome utérin intraligamentaire.....	V.	V.	113
5	1907	468	Kystes de l'ovaire....	V.	V.	116
			2° Hystérectomies.			
1	1896	1505	Rétroflexion complète de l'utérus gravide utérin. Obstruction pelvienne par un fibrome adhérent....	V.	Mort avant la naissance.	120
2	1901	2024	Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit.....	V.	V.	126
3	1908	529	Kystes bilatéraux des ovaires.....	M.	V.	130

TOTAL :

Opérations de Porro.	5.	4 guérisons. 1 mort.	Soit : 20 0/0.
Hystérectomies.	3.	2 guérisons. 1 mort.	Soit : 33 0/0.

De toutes les tumeurs qui peuvent compliquer la grossesse et créer, au moment du travail, une dystocie commandant une intervention par la voie haute, les plus fréquentes sont, sans

contredit, les fibromes utérins, et les kystes de l'ovaire ou du parovaire. Ces derniers peuvent être indifféremment prolifères (glandulaires ou papillaires) ou dermoïdes, selon la classification adoptée par Pozzi (1).

A. **Fibromes.** — Ainsi que le montre Jamain (2) dans sa thèse, les grossesses compliquées de fibromes sont fréquentes. Pendant leur cours on n'est qu'exceptionnellement appelé à intervenir ; de même pendant le travail, si l'on est obligé d'avoir recours à quelque opération d'urgence, c'est à des applications de forceps pour impotence fonctionnelle du muscle utérin. Il est, cependant, des cas extrêmement rares, où du fait de sa situation, de son volume, des phénomènes d'enclavement qu'elle entraîne, la tumeur crée, au cours du travail, une dystocie telle que l'espoir est perdu de voir l'accouchement se terminer par les voies naturelles. Dans ces cas où l'on se trouve ainsi amené à faire œuvre chirurgicale, quels sont les moyens thérapeutiques que l'on aura à sa disposition ?

La polypectomie et la myomectomie vaginales suivies d'applications de forceps ne peuvent s'appliquer qu'à des fibromes du col. La polypectomie et la myomectomie abdominales peuvent être pratiquées ainsi que l'a fait Montprofit comme complément d'une césarienne entreprise pour fibromyomes dystociques. Le césarienne vaginale de Duhrssen a été employée par Alexandro qui rapporte une série de 15 cas et donne une mortalité maternelle de 18,7 0/0 et une mortalité fœtale de 62 0/0 ; quant à la césarienne abdominale conservatrice, elle n'a sa raison d'être que si elle est complétée par l'ablation de la tumeur.

L'indication à la conservation de l'utérus dans les cas de

(1) Pozzi, *Traité de gynécologie*, p. 776, 1re édit.
(2) J. Jamain, *Fibromes et puerpéralité*. Thèse de Paris, 1907.

fibrome dystocique commandant une laparotomie au cours du travail est infiniment rare. Dans l'immense majorité des cas c'est à une opération mutilatrice qu'il faudra se résoudre. Et ici deux méthodes sont en présence, l'opération classique de Porro, ou l'hystérectomie totale. A laquelle doit-on donner la préférence ?

Dans les cas de fibrome créant une dystocie sur des utérus sains d'après notre tableau, l'opération de Porro a été pratiquée à la clinique Baudelocque dans deux cas. Sur les deux opérées, une a guéri, l'autre a succombé à une occlusion intestinale le surlendemain de son opération. Une femme chez qui fut pratiquée l'hystérectomie abdominale totale a guéri. Comme il est difficile de tirer une conclusion d'un nombre de cas aussi restreint, nous avons jugé utile de consulter à propos de cette question la littérature obstétricale.

Depuis 1890, 18 opérations de Porro ont été pratiquées, suivies de 1 mort maternelle et 3 morts fœtales.

16 cas d'hystérectomie abdominale totale ont été suivis de 12 guérisons et 4 morts maternelles, 13 enfants sont sortis vivants et 3 sont morts. Contentons-nous de noter ces chiffres, nous ferons notre parallèle après avoir parlé des kystes de l'ovaire.

Notons seulement qu'il est des cas où le choix ne peut être permis, et où, du fait du fibrome au niveau du segment inférieur, d'adhérences, ou de l'attitude vicieuse donnée à l'utérus gravide (obs. hys. 1, année 1896, page 120), on se trouve dans l'impossibilité d'amputer l'utérus au-dessus de la tumeur, de tailler un moignon et contraint, par ce fait, d'avoir recours à l'hystérectomie totale.

B. **Kystes de l'ovaire**. — Contrairement à ce que nous avons dit des fibromes, la thérapeutique des kystes de l'ovaire

compliquant la grossesse trouve sa place dans le courant de celle-ci. Selon la formule de M. Pinard :

« Tout kyste ovarien diagnostiqué commande impérativement l'intervention pendant la première moitié de la grossesse. » Ces interventions ne sont pas suivies d'interruption de la grossesse, et l'on évite les dangers de torsion, d'augmentation brusque de volume à la fin de la grossesse, de dystocie pendant le travail.

Quelle opération doit subir une femme chez laquelle un kyste ovarien rend, au cours du travail, nécessaire une intervention par la voie haute ? On fera une laparotomie et l'on agira selon les circonstances. Si la tumeur est unilatérale, s'il n'existe aucune adhérence, si l'autre ovaire est sain, si la femme est jeune, aucune hésitation n'est possible : il faut, après avoir procédé à l'énucléation de l'ovaire malade, faire une opération césarienne conservatrice. Il est probable que dans le cas relaté dans l'observation Porro n° 2, année 1891, observation 928, au lieu de faire suivre l'ablation du kyste d'une amputation utéro-ovarique, on eût fait à partir de 1901, à la clinique Baudelocque, une césarienne conservatrice. Pareille intervention pratiquée par M. Segond en 1903 sur une primipare de 19 ans fut suivie d'un succès complet pour la mère et pour l'enfant.

Dans le cas contraire, répétant ce que nous avons dit pour le fibrome, c'est à une opération mutilatrice, Porro ou hystérectomie, qu'il faut avoir recours.

De l'examen de nos documents, il ressort que :

Deux opérations de Porro ont été pratiquées pour kyste de l'ovaire suivies de deux succès pour la mère et pour l'enfant.

(Porro 1, année 1891, obs. 928, p. 106).

(Porro 5, année 1907, obs. 468, p. 116).

Sur 2 hystérectomies totales, une opérée a guéri, l'autre a

succombé à une pneumonie de déglutition le surlendemain de son opération.

(Hyst. 2, année 1901, obs. 2024, p. 126).

(— 3 — 1908, — 529, p. 130).

Si, d'une façon générale, nous voulons faire un parallèle entre ces deux méthodes dans les cas de *dystocie causée par des tumeurs, avec utérus non infectés*, nous pouvons conclure en disant que :

Dans les cas de nécessité où l'amputation utéro-ovarique au-dessous de la tumeur est impossible, il faudra avoir recours à l'hystérectomie totale.

Si l'on a le choix, à la condition de réaliser des conditions parfaites de milieu, d'assistance et d'adresse opératoire, on pourra avoir recours au procédé plus moderne, plus chirurgical d'hystérectomie totale. On n'oubliera pas, toutefois, que l'on impose à la femme en travail une intervention plus longue et, partant, un traumatisme plus grand qu'on se lance dans une opération d'autant plus délicate, qu'il s'agit d'un utérus gravide et que, d'une façon générale, la mortalité en est plus élevée que celle donnée, dans des cas identiques, par l'opération de Porro. Cette dernière, malgré le discrédit que l'on tend à jeter sur elle, l'oubli où l'on veut la faire tomber, n'en reste pas moins une opération plus rapide, infiniment plus simple dans son manuel opératoire. Elle peut, c'est là un de ses avantages et non des moindres, être pratiquée d'urgence, par n'importe quel praticien, dans n'importe quel milieu. Le sujet mérite qu'on y réfléchisse, et selon l'heureux mot de Varnier « qu'on ne se hâte pas de lâcher la proie pour l'ombre (1) ».

(1) Varnier et Delbet, *Annales de gynécologie*, février 1897, p. 128.

1° OPÉRATIONS DE PORRO.

1. — Année 1891. Obs. 928.

Tumeur de l'ovaire droit.

La femme B..., IIpare, âgée de 24 ans, née à Saint-Etienne-des-Champs, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a marché à 11 mois et a toujours bien marché. Les premières règles ont apparu à l'âge de 13 ans et ont toujours été irrégulières. A l'âge de 9 ans, elle a eu une maladie (?) qui l'obligea à garder le lit pendant 6 mois. Depuis ce moment-là, elle s'est toujours bien portée. En 1886, elle a accouché à terme d'un enfant mort qui s'était présenté par le siège.

Pour sa grossesse actuelle :

La date de la fin des dernières règles remonte au 27 septembre (?)

Elle entre, le 16 février, c'est-à-dire dans le courant du 5e mois, à la clinique Baudelocque où l'on fait les constatations suivantes :

A part une légère incurvation des membres inférieurs en parenthèse, la femme ne présente aucun stigmate de rachitisme. Elle est atteinte d'une hernie ombilicale. On constate, en outre chez elle, de l'ascite et de l'anasarque.

Les urines, recueillies et examinées, sont peu abondantes, trois quarts de litre environ, et décèlent 0 gr. 50 d'albumine

Le diagnostic est, à ce moment, rendu difficile par suite de l'anasarque et de la tension utérine exagérée par suite d'un excès de liquide amniotique. La hauteur utérine est de 22 centimètres, la circonférence abdominale de 111 centimètres et la distance des deux épines iliaques en passant par l'ombilic, de 55 centimètres.

Quelques jours après son entrée, M. Pinard examine la femme et diagnostique une grossesse avec hydropisie de l'amnios, fœtus vivant en présentation du siège et une tumeur juxta-utérine assez volumineuse pour gêner l'accouchement. Cette masse dure, volumineuse, ressemble au premier abord, à s'y méprendre, à une tête de fœtus, occupe le cul-de-sac latéral droit et ne peut être refoulée au-dessus du détroit supérieur en raison de son volume.

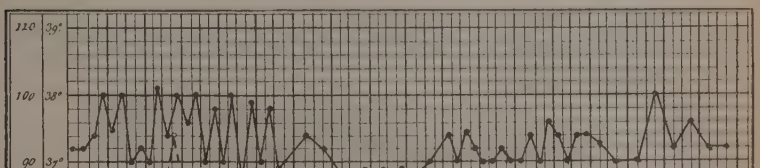
9 *mars*. — Sous l'influence du régime lacté et du traitement appro-

prié, l'albumine a disparu et de ce moment jusqu'au 18 juillet la température oscille entre 36°8 et 37°2 et la grossesse évolue normalement.

18 *juillet.* — A midi 1/4 la femme entre en travail et à 3 heures du soir, MM. Pinard et Segond pratiquent une opération de Porro. Ils enlèvent l'utérus et une tumeur de l'ovaire droit pesant 883 grammes et mesurant 13 centimètres d'épaisseur, 32 centimètres de petite circonférence et 47 centimètres de grande circonférence.

Suites opératoires. — *Le 18 juillet*, dans la soirée, la malade éprouve quelques douleurs abdominales se reproduisant à intervalles assez répétés ; à 10 heures du soir, on lui fait une injection musculaire de 0.01 de morphine.

19. — A 5 heures du matin, nouvelle piqûre de morphine. La malade urine spontanément plusieurs fois dans la journée.



Graphique 15

A 7 heures du soir, nouvelle piqûre de morphine, la malade plusieurs fois dans la journée dort pendant 1 heure ou 2, on lui donne quelques gorgées de champagne et de lait glacé.

20. — On cesse la morphine, la malade dort d'un sommeil calme toute la nuit. Evacuation de gaz depuis deux heures du matin. Les seins sont durs.

21. — La malade ne s'est éveillée qu'une seule fois dans la nuit ; à 1 heure du soir, lavement suivi de l'évacuation de peu de matières, mais de nombreux gaz. Miction spontanée et abondante. Le soir, la

malade se plaint d'un point de côté, on lui fait une nouvelle injection de morphine.

21. — La malade va bien et l'enfant commence à téter sa mère.

A partir du 24 juillet, la malade dort, boit et mange normalement et donne à téter à son enfant, on fait un pansement par jour.

11 *août*. — La chute du pédicule est accompagnée d'un léger suintement d'une odeur fétide, on fait pendant quelques jours deux pansements par jour. Le 22e jour la malade quitte le service en parfaite santé.

L'enfant, né en bon état, pesait 3.070 grammes à sa naissance, avec un placenta de 530 grammes. Il mesurait 45 centimètres, son D. Bi-P. = 9,8. Allaité par sa mère à partir du 4e jour, il rattrapait son poids de naissance le 12e et à part un abcès du cuir chevelu survenu le 6e jour, et ayant nécessité trois ouvertures avec le bistouri, drains et pansements biquotidiens à l'eau boriquée, il présentait un état de santé des plus satisfaisants.

Il pesait 3.810 grammes à sa sortie.

La mère et l'enfant ont été revus le 28 décembre 1899. Tous deux se portaient très bien.

2. — Année 1896. Obs. 1059.

Primipare âgée de 41 ans, entre dans le service étant en travail. — Tumeur abdominale, pédiculée. — Opération de Porro pratiquée le 20 juin. — Femme morte le 24 juin.

Primipare, âgée de 41 ans, entrée à la clinique pendant sa grossesse, le 20 juin 1896.

Réglée à 15 ans régulièrement.

Tumeur sous-ombilicale, fibromes nombreux peu volumineux.

Au toucher, une masse volumineuse empêche d'apprécier la partie fœtale qui se présente. Cette masse paraît un fibrome ramolli avec le placenta.

Entrée à la salle de travail le 20 juin 1896, à 7 h. 10 du soir. Douleurs très violentes coïncidant avec des contractions très faibles que l'on ne peut percevoir qu'à la partie inférieure du ventre Col long, fermé.

A 9 h. 30, M. Pinard trouve le col perméable, il s'écoule une cer-

taine quantité de sang noirâtre. Perte de même nature avec caillots, 15 jours auparavant. Un examen manuel permet d'arriver sur le placenta.

On calme les douleurs par une injection de morphine.

Le 21 juin, à 5 h. 20 du matin, M. Pinard commence l'opération aidé de MM. Bouffe de Saint-Blaise, Wallich, Baudron et Caillard pour le chloroforme.

Incision cutanée. l'utérus très superficiel présente une couleur grise et une consistance particulière. L'incision est prolongée en bas jusqu'à 2 centimètres de la symphyse et en haut à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic. Tumeur adhérente au péritoine dans toute la partie antérieure.

Epiploon adhérent. Ces adhérences très saignantes sont détruites à la main et on peut ainsi extraire de la cavité une première tumeur de la grosseur d'une forte tête d'adulte qui tient à l'utérus par un pédicule d'environ 8 centimètres de diamètre.

L'utérus lui-même est sorti de l'abdomen.

Tamponnement de la cavité péritonéale avec des éponges, fermeture provisoire du ventre par des pinces à griffes.

Ligature élastique provisoire, incision de l'utérus d'où on extrait un enfant vivant de 2.150 grammes.

Le placenta est pris dans la ligature, on l'extrait néanmoins avec les membranes sans desserrer le caoutchouc.

Ligature définitive du pédicule avec un caoutchouc et une broche.

Sutures du péritoine à la plaie dans la partie intra-pédiculaire.

Fixation du pédicule à la paroi par un gros fil d'argent.

La broche étant située beaucoup au-dessus de la ligature et étant mobile, on l'enlève.

Toilette du péritoine qui saigne abondamment. L'épiploon est réséqué en partie.

Le pédicule saigne dans la partie voisine de la trompe gauche, celle-ci est liée secondairement ; on laisse une petite mèche à la partie inférieure de la plaie en avant du pédicule.

Suture de la peau et des tissus à un seul plan au fil d'argent.

L'opération a duré 1 h. 05.

On constate, sur l'utérus, trois petites tumeurs pédiculées de même

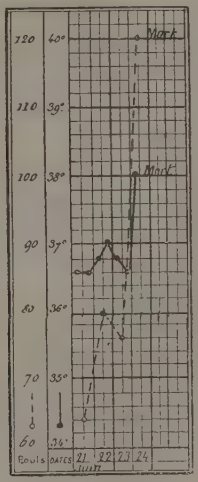
nature que la principale. Celle-ci présente à sa partie antérieure de nombreux points fluctuants.

Suites opératoires. — Opération pratiquée le 21 juin à 1 h. 30.

Dans la nuit du 22 au 23 juin, douleurs, injection de 1/2 centimètre cube de morphine. Sueurs profuses, refroidissement des extrémités. Température 35°6. Pouls 120. Injection de caféine et 300 grammes de sérum salin. Injection de sérum de Marmoreck, 20 grammes.

Devant les accidents graves d'occlusion intestinale on pratique la laparotomie :

La cicatrice abdominale étant désunie, on constate que l'intestin



Graphique 16.

grêle est extrêmement dilaté, mais ne présente pas trace de péritonite ; au contraire le gros intestin est presque totalement affaissé.

On éviscère l'intestin grêle sur des compresses aseptiques et l'on trouve à 20 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale une bride péritonéale étendue de la fosse iliaque au pédicule, bride qui comprime l'intestin grêle et dont elle obstrue complètement la lumière. Cette bride est rompue, et on voit immédiatement la portion de l'intestin grêle affaissée, se distendre par le passage des gaz.

L'intestin est réduit dans la cavité abdominale et une mèche de gaze iodoformée placée dans le cul-de-sac de Douglas ressort au ni-

veau de l'angle inférieur de la plaie abdominale près du pédicule. Le ventre est ensuite refermé.

L'opération a duré 20 minutes.

Dans la journée, la malade rend spontanément quelques gaz

23. — A 8 heures du soir, morphine, les douleurs se calment. Les vomissements qui avaient eu lieu dans la journée s'arrêtent.

24. — A minuit 30. Température 36°9. Pouls 132. Injection de sérum. Nuit calme.

A 9 heures du matin, injections de sérum de Marmoreck, 20 grammes ; injection de sérum salin, 300 grammes. L'état s'aggrave.

Mort à 2 heures du soir le 24 juin.

Autopsie. — La plaie abdominale a subi déjà un certain degré de réunion. On trouve dans la cavité péritonéale un peu de liquide ascitique.

L'intestin est dilaté par les gaz, et le péritoine se montre très vascularisé.

Le foie est un peu blanchâtre et granuleux. Les reins sont normaux. Poumons congestionnés en arrière.

Le cœur est normal.

Il existe un sarcome de la cuisse, disséquant le muscle droit antérieur.

Le liquide péritonéal ensemencé sur bouillon et sur gélose a fourni une culture pure de staphylocoques dorés.

Renseignements relatifs à l'enfant. — L'enfant, né étonné, est ranimé après 15 minutes d'insufflation, il est mis en couveuse.

Du 25 août au 14 septembre il présente des vomissements et de la diarrhée.

Il pèse 3.330 grammes à sa sortie, 94 jours après sa naissance.

3. — Année 1901, Obs. 211.

Obstruction pelvienne par tumeur pariétale (enchondrome), opérée par M. Varnier. — Guérison. — Enfant vivant (Bull. Soc. obst., gyn. et péd., 22 avril 1901).

C'est une campagnarde normande, âgée de 32 ans, de bonne taille, dont le squelette paraît parfait de proportions. Elle respire la santé et on la croirait indemne de toute tare.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel à retenir. Mariée à 31 ans, il y a un an, elle ne tarda pas à devenir enceinte. La grossesse évolua sans aucun incident. A aucun moment cette femme ne

juge utile de consulter. Sûre de trouver, à terme, assistance à l'hôpital de G..., dont son patron est administrateur, elle fait son service de cuisinière jusqu'à la dernière minute, c'est-à-dire juqu'au 30 janvier 1901.

Les douleurs débutent à ce moment, ce n'est que le matin du 31 qu'elle se rend à l'hôpital pour y faire ses couches, que tout son entourage prévoit heureuses et sans complications.

Or 2 heures plus tard, on l'embarquait en chemin de fer pour Paris ; elle y arrivait à 5 h. 1/2 du soir et à 9 h. 1/2 M. Varnier lui ouvrait le ventre pour tirer de l'utérus un garçon vivant et bien portant de 3.390 grammes.

En effet le médecin de l'hôpital de G..., ayant constaté le 31 janvier au soir une obstruction pelvienne et reconnu l'impossibilité de pratiquer l'accouchement par les voies naturelles, avait proposé et fait accepter le 1er février au matin le transport à la clinique Baudelocque en vue d'une opération césarienne.

La femme arrive à la clinique Baudelocque le 1er février à 8 heures du soir et Mlle Roze fait les constatations suivantes :

L'utérus, haut de 34 centimètres, est régulièrement développé. L'enfant est en présentation longitudinale tête en bas, non engagée, dos à gauche, il est vivant.

Le col est effacé et l'orifice dilaté comme 50 centimes. Les membranes sont intactes et la poche des eaux peu volumineuse.

Une tumeur irrégulière, bosselée, dure, du volume d'un œuf de poule semble-t-il, adhère à la face antérieure du sacrum dont elle efface la concavité surtout à droite et obstrue le passage qu'elle réduit de moitié. Le toucher rectal pratiqué par M. Couvelaire permet de préciser l'implantation sacrée de cette tumeur.

Jugeant eux aussi impossible l'accouchement par les voies naturelles, Mlle Roze et M. Couvelaire préviennent M. Pinard qui charge M. Varnier d'intervenir par l'opération de Porro.

Celle-ci a lieu sans encombre. Les suites en ont été absolument normales et apyrétiques. Le premier pansement fut fait le 10e jour pour l'ablation des sutures profondes (fil d'argent) ; le deuxième le 12e jour pour enlever les sutures superficielles (crins de Florence), le tout sans toucher à l'enveloppe de gaze iodoformée du moignon qui est sèche comme au premier jour.

Le moignon tombe le 5 mars.

La cicatrisation est complète le 3 avril, jour où l'opérée quitte la clinique en parfait état. Elle a nourri son enfant et fort convenablement. Du 2e au 22e jour il a gagné 400 grammes, soit 20 grammes par jour.

Il pèse à sa sortie 4.650 grammes.

4. — Année 1901. Obs. 741.

Amputation utéro-ovarique à la Porro, pour fibrome utérin intra-ligamentaire du volume d'une pomme, aux deux tiers inférieurs pelviens. — Enfant vivant. — Guérison. — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie, 1901, Obs. II, p. 159.

D... Anna, 26 ans, domestique, entre à la clinique Baudelocque le 1er avril 1901, ignorant la date exacte de ses dernières règles (février ou mars 1900), se croyant à terme et amenée par le médecin de l'asile de l'avenue du Maine, qui, par le toucher, a constaté la présence d'une tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac latéral droit.

Mlle Roze, sage-femme en chef, trouve, en effet, une tumeur qui lui paraît du volume du poing.

Le lendemain matin, M. Pinard constate à son tour la présence d'une tumeur occupant le côté droit de l'excavation et dont l'immobilité commande, au moment du travail ou au début, l'intervention par la voie abdominale.

Le fond de l'utérus remonte à 35 centimètres au-dessus du pubis. L'enfant est vivant. La tête est en bas, mais repoussée vers la fosse iliaque gauche par la tumeur qui empiète sur l'aire pelvienne.

La patiente fournit des renseignements précis sur ses antécédents.

Réglée à 10 ans, d'abord tous les trois mois durant quatre ans, puis irrégulièrement, elle a été bien portante jusqu'à 20 ans.

A cette époque surviennent des troubles nerveux que l'on rattache à la dysménorrhée. Le professeur Threndorfer, à Innsbruck, constate une rétrodéviation, qu'il traite ; en même temps on fait prendre du bromure et des bains électriques.

A 21 ans, à Gênes, elle est prise un jour brusquement, après un arrêt de règles de cinq mois, d'une douleur syncopale suivie d'une hémorragie utérine violente.

Le tamponnement pratiqué par deux médecins n'ayant pu arrêter cette perte, elle fut transportée à la clinique gynécologique, où elle subit un curettage.

Peu de temps après, revenue à Innsbruck, elle entre de nouveau dans le service du professeur Threndorfer, qui constata, par le toucher, une grosseur du volume d'un œuf de pigeon et lui proposa de la lui enlever, en la prévenant qu'en trois ou quatre ans elle pourrait devenir grosse comme une tête d'enfant. Elle refusa.

Un an plus tard, à Munich, à la suite d'un coup sur le ventre, elle a une nouvelle métrorrhagie qui nécessite son entrée à la clinique gynécologique, où l'on constate une grosseur du volume d'un œuf de poule.

Depuis lors, jusqu'au 5e mois de sa grossesse actuelle, santé excellente. Elle entre alors dans le service de notre collègue, M. Quénu, pour des douleurs lombaires et abdominales s'accompagnant d'œdème des membres inférieurs. Après un repos de trois semaines, elle peut reprendre son travail.

Le 7 *mars*, elle entre à l'asile de l'avenue du Maine, d'où, à 10 heures du soir, la croyant en travail, on l'amène à la clinique. Le lendemain on l'y renvoie, et ce n'est que le 1er avril qu'on l'hospitalise à la clinique Baudelocque dans les conditions que vous savez.

Le 21 *avril*, M. Pinard fait un nouvel examen.

L'utérus a son fond à 3 centimètres au-dessus du pubis.

Le fœtus est en écharpe, la tête dans la fosse iliaque gauche, le dos à droite.

Bruits du cœur à droite, un peu au-dessus de l'ombilic.

Par le toucher, on sent dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur du volume d'un œuf d'oie, rénitente, à mobilité limitée. Par le palper combiné au toucher, on peut la saisir et constater que ses deux tiers inférieurs sont pelviens. M. Pinard incline vers le diagnostic kyste dermoïde, M. Fochier vers celui de fibrome.

Tous deux sont d'accord pour renoncer à délivrer cette femme par les voies naturelles et pour recourir à la voie abdominale.

Le 27 avril, à 6 heures du soir, la femme commence à souffrir, et à 8 h. 30, elle en prévient le personnel de garde. Le col est en voie d'effacement, la poche intacte, les bruits du cœur bons.

De 9 heures à 10 h. 15, six contractions douloureuses.

M. Pinard fait prévenir M. Varnier et le charge de l'intervention.

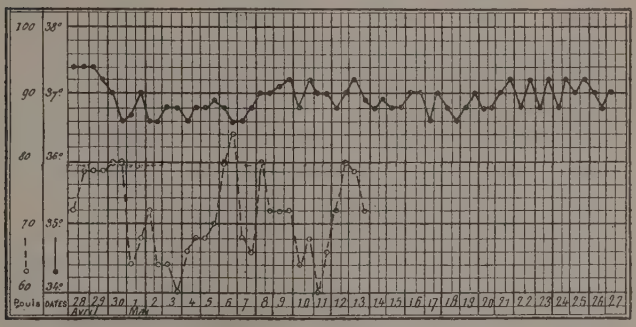
Opération. — La laparotomie est pratiquée à 11 heures du soir par M. Varnier.

Dès que l'utérus est extériorisé, il est aisé de voir que la tumeur est un fibrome intra-ligamentaire du volume d'une pomme.

Après l'extraction du fœtus vivant, un garçon de 3.630 grammes, D. Bi-P. 9,8, et du placenta, l'amputation utéro-ovarique à la Porro est pratiquée au-dessous du fibrome.

Le pédicule se fait sans difficulté et est fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, qui est suturée à deux étages, le péritoine par un surjet de catgut, le reste de la paroi par des fils profonds et superficiels, quatre de chaque côté, au fil d'argent.

Suites de couches. — Pansement à la gaze iodoformée.



Graphique 17

Après l'opération, le pouls est à 76, la température à 37°2.

29 *avril.* — La mèche est enlevée en écartant les pièces du pansement, qui est ensuite refermé tel quel.

8 *mai.* — Deuxième pansement, ablation des quatre sutures profondes et substitution de compresses stérilisées aux compresses de gaze iodoformée de l'opération, qui ont produit de l'érythème vésicant.

Néanmoins, réunion *per primam.*

10. — Troisième pansement ; ablation des quatre sutures superficielles. L'érythème a disparu.

14. — Quatrième pansement, excision de la partie sphacélée du pédicule.

La température maxima a été de 37°4, le pouls a varié entre 78-60.

Aujourd'hui, 21 mai, la convalescence tire à sa fin.

L'enfant, qui à sa naissance pesait 3.630 grammes, après être tombé à 3.370 le quatrième jour, pèse 4.150 grammes.

5. — Année 1907. Obs. 468.

Accouchement prématuré. — Rupture précoce des membranes. — Liquide vert. — Dystocie par tumeur kystique pelvi-abdominale. — Opération de Porro et ablation de la tumeur par M. Mouchotte.

Marie S..., 37 ans, Vpare, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et physiologiques.

Réglée à 11 ans 1/2, toujours régulièrement, elle a eu ses premiers rapports à 23 ans.

Accouchement antérieur. — En 1893 et 1896, elle accouche spontanément d'enfants nés à terme, élevés au sein maternel, le premier 15 mois, un an le second, vivants et bien portants. Durant ces deux allaitements, la femme n'a pas été réglée.

En octobre 1899, elle accouche pour la troisième fois. L'accouchement au terme du 9e mois, fut terminé par une application de forceps. Le placenta s'insérait vicieusement. L'enfant mourut après quelques inspirations. Les règles réapparurent la semaine après l'accouchement.

En juillet 1901, elle avorte au cours du 4e mois.

Grossesse actuelle. — Les règles se montrent pour la dernière fois au début de juillet 1906. La femme est enceinte pour la 5e fois. La grossesse évolue normalement jusqu'au 20 mars 1907, époque à laquelle la femme, à 5 heures du soir, eut une hémorragie légère. Elle se reposait depuis 15 jours, mais avait eu un rapport 48 heures auparavant.

A 11 heures du soir, elle ressent les premières contractions utérines douloureuses et lorsqu'elle entre à la salle de travail le 21 mars à 9 h. 15 du matin, les membranes se rompent spontanément, le liquide est normal.

La femme est examinée à ce moment, et l'on fait les constatations suivantes.

L'utérus est incliné à droite, le fond s'élève à 30 centimètres au-dessus du pubis. l'extrémité céphalique est haut située au-dessus du détroit supérieur. Le dos est à droite, les bruits du cœur sont bons ; l'orifice est dilaté comme deux francs.

Il existe, dans la partie supérieure de l'excavation, en arrière et à gauche, une masse mollasse prise par la sage-femme de garde pour une tumeur stercorale (La femme n'avait pas encore dit avoir été examinée par MM. Pinard et Couvelaire). Deux lavements successifs sont donnés et une quantité notable de matières fécales est évacuée.

A midi, le liquide amniotique est vert et l'on constate que la masse est davantage descendue dans l'excavation et qu'elle est plus tendue. A midi, M. Mouchotte est prévenu et il fait la constatation suivante :

Ainsi que MM. Pinard et Couvelaire, il diagnostique une tumeur kystique, qui descend dans la moitié supérieure de l'excavation, en arrière et à gauche et qui, par sa partie supérieure, remonte au-dessus du détroit supérieur, au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche.

La limite supérieure est donc impossible à délimiter.

L'orifice utérin est reporté très en avant derrière la symphyse pubienne. Il n'est pas circulaire, mais elliptique à grand axe transversal et long d'environ 4 centimètres.

La tête, haut située, est accessible à bout de doigt.

Des pressions digitales douces et soutenues ne parviennent pas à refouler la tumeur dans la cavité abdominale.

Les bruits du cœur sont accélérés et M. Pinard, mis au courant de la situation, ordonne d'intervenir le plus tôt possible par la voie haute.

Deux heures après les préparatifs d'usage, M. Mouchotte, aidé de M. Lacasse, pratique la laparotomie.

Opération. — L'utérus est extériorisé et incisé sur sa face antérieure. Le placenta qui s'insère sur cette face antérieure est décollé. L'enfant situé au niveau de la partie supérieure de l'œuf est extrait, il est en état d'apnée et couvert de méconium. Le cordon est sectionné

et l'enfant est ranimé par Mlle Roze. Il pèse 2.750 grammes. D. Bi-P. 9. Placenta 580 grammes.

A ce moment, il se produit une alerte chloroformique et l'intervention doit être suspendue une dizaine de minutes.

Pose d'une ligature élastique et d'une broche. Amputation utéro-ovarique à la manière de Porro.

La partie supérieure de l'incision péritonéale est suturée et comme il a été fait une protection minutieuse de la cavité abdominale à l'aide de compresses, que pas une goutte de sang ne s'est écoulé de cette dite cavité, M. Mouchotte fait mettre la femme en position déclive.

Il constate alors, en arrière et à gauche de l'utérus, la présence d'une tumeur kystique débordant par son pôle supérieur (gros pôle) le pourtour du détroit supérieur, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche et descendant, par son pôle inférieur (petit pôle), jusqu'au tiers moyen de l'excavation. Des adhérences molles fixent la tumeur postérieurement Ces adhérences sont rompues et la tumeur peut être énucléée en totalité.

Elle a le volume d'un gros poing d'adulte et paraît être constituée par un gros kyste ovarien. Le pédicule tubaire est sectionné après ligature au catgut.

La femme est replacée en position horizontale.

Le péritoine est suturé au catgut. Le péritoine pariétal est fixé au moignon utérin.

Suture de la paroi aux crins de Florence. Drain.

Pansement aseptique.

Suites de couches. — 21 *mars*, au soir. — 300 grammes de sérum. La femme ne vomit pas.

22. — La femme n'a pas vomi, elle n'a pas souffert ; il a été inutile de lui faire une injection de morphine.

Elle urine spontanément 750 grammes.

23. — Sonde rectale. La malade rend quelques gaz.

Comme il y a peu d'urine, on fait 250 grammes de sérum artificiel. Le drain est enlevé.

24. — On injecte encore 250 grammes de sérum artificiel. On donne à la malade un lavement de vin qui ramène peu de garderobes. 1.250 grammes d'urines sont recueillis.

25. — Un lavement d'huile d'amandes douces est administré, il n'est suivi d'aucune garde-robe, mais seulement de l'émission de nombreux gaz.

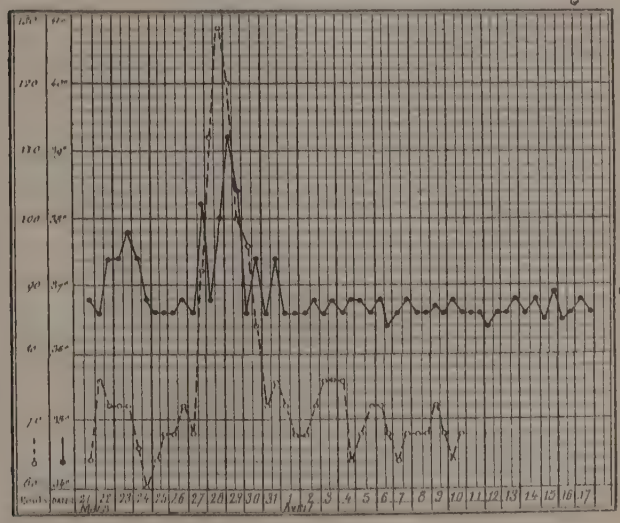
Urines : 500 grammes.

26. — Huile de ricin 30 grammes. Garde-robes abondantes.

Du 26 à midi au 27 à midi. — La malade urine 1,000 grammes.

28. — On fait encore, à la malade, 500 grammes de sérum et, en raison de l'élévation de température, 80 grammes de sérum antistreptococcique.

Le soir, comme la malade n'est pas allée à la selle, on lui admi-



Graphique 18

nistre un lavement purgatif qui n'amène que l'expulsion d'un liquide jaunâtre.

La malade est un peu agitée, on lui fait une demi-piqûre de morphine. Elle dort toute la nuit.

29. — La malade rend quelques garde-robes jaunes. Elle urine peu. A midi on lui fait une injection de 500 grammes de sérum artificiel ; à 6 heures du soir, 80 grammes de sérum antistreptococcique.

Le soir la malade a uriné 500 grammes.

30. — Nouvelle injection de 300 grammes de sérum artificiel.

Dans la journée : garde-robes abondantes après lavement évacuateur.

Urines recueillies 300 grammes (une grande partie a été émise avec les garde-robes).

31. — Lavement, peu de garde-robes.

200 grammes de sérum salin. Urines 750 grammes.

1er *avril*. — Lavement évacuateur. Est mise au régime lacté.

On recueille 1.500 grammes d'urines.

2. — La malade va bien et urine 2 litres.

5. — Le moignon tombe.

A partir de ce moment, toutes les fonctions sont normales, il n'y a aucune élévation de température, et la malade quitte le service en parfait état le 8 mai

L'enfant pesait 2.550 grammes le lendemain de sa naissance ; il présente un ictère très accusé et généralisé. Jusqu'au 25 mai il tète une nourrice du service.

Le 25 *mai*. — L'enfant est mis au sein de sa mère et pendant 3 jours, l'enfant complète les tétées qu'il fait au sein de sa mère par une tétée de 30 à 40 grammes au sein de la nourrice. Il fait jusqu'à ce moment des augmentations de poids quotidiennes. A partir du 11e jour, il commence à diminuer de poids, il a des garde robes vertes et mal digérées. Il régurgite après chaque tétée.

Il est mis à la diète hydrique, et on lui fait des frictions au baume de Nerval, des lavage intestinaux, et on lui donne des bains aromatiques.

Malgré tous les soins, il régurgite après chaque tétée et finit par succomber le 3 avril.

2° HYSTÉRECTOMIES

1. — Année 1896. Obs. 1505.

Rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme.— Obstruction pelvienne par un fibrome adhérent, hystérectomie abdominale totale. Guérison (H. Varnier et Pierre Delbet, *Annales de gyn.*, 1897).

Le 30 août 1896, à 5 heures du soir, entrait à la cliniq ue Baude-

locque, une primipare âgée de 32 ans, Eugénie M... Elle vient de chez elle à la clinique parce que, depuis quelques heures, elle perd du sang en quantité considérable.

Les dernières règles datent du 5 au 8 novembre 1895 ; elle a senti remuer son enfant à la fin d'avril et se considère comme arrivée au terme de sa grossesse.

Examen à l'entrée. — L'utérus est constamment tendu et le palper ne peut donner aucun renseignement précis.

Voulant se rendre compte, par le toucher, de l'état du col et de la présentation du fœtus, Mlle Roze, sage-femme en chef, trouve l'excavation obstruée par une tumeur du volume du poing effaçant complètement le cul-de sac postérieur.

Le cul-de-sac antérieur est attiré en haut, très profond, et ce n'est qu'après un examen prolongé que Mlle Roze arrive à deviner plutôt qu'à sentir, à bout de doigt, au fond de ce cul-de-sac et à droite, la portion vaginale du col.

Il est impossible d'arriver à l'orifice interne et par suite d'explorer le pôle inférieur de l'œuf.

La femme ne perd plus de sang. Mlle Roze me fait prévenir et j'examine à mon tour à 6 heures et demie du soir.

Voici ce que m'apprend l'interrogatoire. M... a marché de bonne heure et toujours bien. Réglée à 15 ans et demi, irrégulièrement, elle n'a jamais eu ni ménorrhagies, ni métrorrhagies. Une fièvre typhoïde à 12 ans est tout son passé pathologique jusqu'en janvier 1894.

A cette époque (janvier 1894), elle éprouve des douleurs et des pesanteurs dans le bas-ventre, sans qu'aucun trouble soit survenu dans la fonction menstruelle qui est plutôt régularisée. Pas d'hémorragies. Les douleurs s'accompagnent de fièvre.

Il n'y a ni constipation, ni troubles de la miction.

M.... va consulter un médecin qui, dit-elle, diagnostique « une tumeur » et lui prescrit provisoirement le repos et des injections vaginales. Les accidents s'amendent rapidement. Dix jours après, M... reprenait ses occupations de cuisinière.

Bientôt après, en février 1894, les douleurs ayant reparu, M... va consulter un chirurgien des hôpitaux qui, dit-elle, diagnostiqua une lésion de l'ovaire conseilla des injections de sublimé et d'acide bori-

que pendant 15 jours, puis la soumit pendant environ 3 mois à des « tamponnements ». Pendant tout le temps que durèrent ces accidents et le traitement, le ventre conserve son volume normal.

En mai 1894, M... fut considérée comme guérie, et de ce fait, elle n'éprouva plus rien d'anormal du côté du bas-ventre. Menstruation régulière, pas de constipation, mictions normales.

M... se portait très bien lorsqu'elle devint enceinte au mois de novembre 1895.

La grossesse a évolué normalement et, de telle façon, que M... n'a jamais consulté et que, sans l'hémorragie survenue dans la journée, elle eût attendu les premières douleurs pour venir à l'hôpital.

Au moment où je l'examine, l'état général est parfait. Température 37°4. Pouls 96. Il n'y a ni contractions utérines ni écoulement sanguin.

Le ventre présente une forme anormale, surtout pour une primipare.

Le palper permet de s'assurer que c'est le siège et non la tête du fœtus qui occupe le segment inférieur de l'utérus resté tout entier abdominal et dont le fond paraît notablement au-dessous du niveau normal à terme ; si bien que j'élève quelques doutes sur les renseignements fournis par la patiente. Quant à la tête du fœtus, il est impossible de la découvrir dans ce qui *paraît être le fond de l'utérus*.

Le fœtus est vivant. En aucun point de la paroi utérine explorable par le palper on ne sent de fibromes.

Prévenu par Mlle Roze des difficultés qu'elle a rencontrées dans l'exploration du col, je fais donner du chloroforme afin de pratiquer le toucher manuel.

Il me faut introduire la main tout entière en supination pour, avec l'index étendu, trouver au fond et à droite d'un cul-de-sac vaginal rétro-symphysien très profond, au-dessus du bord supérieur du pubis, l'orifice du col entr'ouvert et admettant la pulpe du doigt. Ni avec l'index seul, ni avec le médius, il n'est possible d'arriver à l'orifice et de sentir l'œuf.

Le bassin est obstrué par une tumeur sphérique, irrégulière, mollasse, immobile, remplissant la concavité sacrée, occupant le cul-de-sac de Douglas.

Elle paraît avoir le volume d'une grosse orange, il est impossible bien explorer le pôle supérieur par le toucher rectal ; la paroi du rectum et la paroi vaginale glissent sur elle. Elle ne se déplace pas lorsqu'on soulève l'utérus au travers des parois abdominales et qu'on le fait rouler de droite à gauche et de gauche à droite.

On se rend compte qu'elle ne peut être refoulée dans le grand bassin.

A cause des antécédents relevés ci-dessus, mon diagnostic reste hésitant entre un fibrome pédiculé adhérent et une tumeur ovarienne. Mais cela ne peut en rien modifier la thérapeutique imposée par l'obstruction pelvienne irréductible. En l'absence de contractions utérines douloureuses, je remets au lendemain matin toute décision, et je fais prier mon collègue des hôpitaux qui a soigné M... en février 1894, de venir m'assister. A 10 heures du soir, j'apprends qu'il est absent de Paris.

Or, à partir de minuit, le travail se déclare franchement. Il y a des contractions douloureuses toutes les 5 minutes ; à 4 heures du matin il s'écoule brusquement par les voies génitales un liquide vert, épais, mélangé de méconium, et la sage-femme de garde ne perçoit plus les battements du cœur.

Mlle Roze appelée constate que l'enfant est mort.

Aucune modification du col. Température 37°3.

Prévenu à 6 h. 1/2 du matin de la mort du fœtus et de l'inefficacité d'ailleurs prévue des contractions, je prie mon collègue et ami Pierre Delbet, chirurgien des hôpitaux, de venir m'assister et de faire une laparotomie exploratrice.

Nous convenons que, la laparotomie faite :

1° Si la tumeur enclavée est extra-utérine et peut être enlevée aisément, sans grand traumatisme, nous verrons s'il semble possible et prudent de conserver l'utérus en le vidant par les voies naturelles rendues perméables ;

2° S'il s'agit d'une tumeur péri-utérine dont l'extraction présente des difficultés considérables, il y aura lieu de faire une opération césarienne suivie, bien entendu, d'une amputation utéro-ovarique, la mort du fœtus, l'ouverture de l'œuf, les nombreuses explorations vaginales antérieures contre-indiquant l'opération césarienne conservatrice.

3° S'il s'agit, comme c'est probable,d'un utérus fibromateux, l'enlever en totalité et sans évacuation préalable, suivant la méthode radicale actuellement en honneur dans le traitement des fibromes de l'utérus non gravide, et qui nous paraît, dans le cas particulier, préférable à l'opération de Porro.

Tout ayant été arrêté et préparé, Delbet commence la laparotomie à 10 h. 10.

Je lui laisse maintenant la parole.

Je fais sur la ligne blanche une incision verticale qui commence à un centimètre du pubis et se termine à trois centimètres au-dessus de l'ombilic.

L'abdomen ouvert, les choses se présentent avec un aspect si singulier qu'il aurait été malaisé de s'y reconnaître sans les renseignements fournis par le toucher. Le col est situé très haut et en avant, au-dessus du pubis. Le corps se recourbe complètement en arrière, de telle sorte que le fond repose et se moule sur la paroi abdominale postérieure. En arrière et au-dessous de la corne droite, on voit un fibrome arrondi du volume du poing. Il plonge dans la concavité saine, refoulant le rectum à droite et il est enveloppé d'adhérences lamellaires qui lui donnent l'air d'être situé sous le péritoine pelvien.

Je cherche d'abord les annexes et les ligaments larges. Ils se laissent facilement soulever du côté gauche. Avec une aiguille mousse je passe un fil de soie en dedans de veines utéro-ovariennes turgides qui se voient par transparence, et je lie le pédicule utéro-ovarien.

Du côté droit, la trompe et l'ovaire sont encapuchonnés par des adhérences filamenteuses qui se laissent rompre assez aisément.

Après les avoir libérées, je fais du côté gauche la ligature du pédicule utéro-ovarien.

Puis, ayant placé de chaque côté une pince sur la corne utérine, je sectionne obliquement les deux ligaments larges de façon à ce que les deux sections aboutissent au voisinage du col.

Alors, sans m'occuper du fibrome adhérent dans la profondeur, je libère immédiatement le col. J'ouvre d'abord le cul-de-sac antérieur du vagin, qui se présente en quelque sorte de lui-même. Mais le col ramolli étant difficile à distinguer du vagin, ma section l'inté-

resse un peu. Il s'écoule quelques gouttes de méconium et un pied se présente.

Je place un clamp sur l'orifice du col, et je sectionne le pédicule de l'artère utérine du côté gauche. Les vaisseaux sont pincés à mesure. Je libère le col du cul-de-sac postérieur en taillant ce dernier du vagin vers le péritoine, et je coupe en dernier lieu le pédicule de l'artère utérine droite. Les vaisseaux utérins sont pincés, comme du côté opposé : la perte de sang est à peu près nulle.

Le col est complètement dégagé, mais l'utérus tient encore dans le fond du bassin par le fibrome adhérent. Je fais donc une extirpation rétrograde. Un aide soulevant vigoureusement la masse, j'incise transversalement le feuillet péritonéal de nouvelle formation qui recouvre le fibrome et je l'énuclée de sa loge, assez péniblement d'ailleurs, car les adhérences sont intimes.

Je dois, chemin faisant, pincer plusieurs vaisseaux. Enfin, la libération est complète. Utérus et fibrome sont enlevés d'une seule pièce trente minutes après le début de l'opération.

Tous les vaisseaux pincés sont liés. Je fais un premier surjet pour fermer la loge du fibrome, un second en point de matelas sur le cul-de-sac postérieur qui suinte un peu et je termine par un grand surjet en point de Lembert qui, allant d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre, affronte les deux feuillets des ligaments larges, ferme le vagin et supprime toute plaie péritonéale.

La paroi abdominale est suturée en un seul plan. L'opération, pansement compris, a duré exactement une heure.

Vomissements chloroformiques fréquents dans la journée.

Suites opératoires. — 1^er^ *septembre.* — La malade urine spontanément, ses vomissements sont devenus plus rares. Pas de ballonnement abdominal. Température 37°5 le matin ; 37°8 le soir.

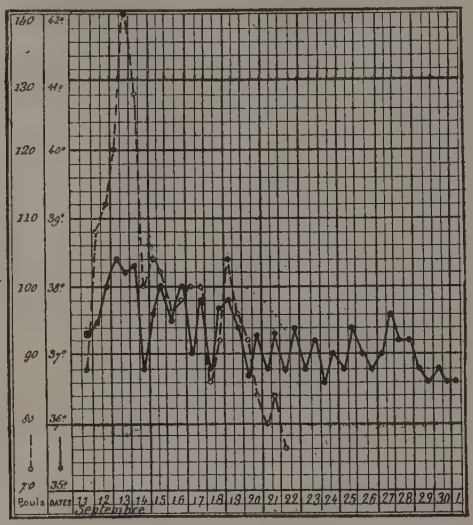
2. — Quelques vomissements dans la nuit. Injection de morphine en raison des douleurs qui sont assez vives. Purgatif à dix heures du matin. Première selle peu abondante à six heures du soir.

Température 38°4.

Injection de 900 grammes de solution saline dans le tissu cellulaire sous-cutané. Plus de vomissements. Nombreuses selles dans la nuit.

3. — Herpès des lèvres. L'état devient excellent. La malade s'ali-

mente et dort bien. La température tombe à 37°. Les fils ont été enlevés le 10 septembre.



Graphique 19.

La réunion était complète.

La malade s'est levée le 22e jour et est sortie en parfait état.

L'utérus enlevé pesait 5 kil. 150.

2. — Année 1901. Obs 2024.

Hystérectomie supra-vaginale. — Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. — Femme ayant subi, antérieurement, une laparotomie pour rupture complète de l'utérus pendant le travail.

Marie A..., IIIpare, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et pathologiques.

Réglée à 16 ans régulièrement.

Grossesses antérieures. — 1° En 1891, chez elle, elle reste en travail 48 heures, la sage-femme qui était auprès d'elle appelle un médecin qui constate que l'enfant se présente par la face, l'auscultation est négative. Il extrait par le forceps un enfant mort.

2° En 1892, chez elle, à terme. Après 24 heures de travail, la sage-

femme appelle le même médecin que lors du premier accouchement. Celui-ci constate une rupture utérine et décide de pratiquer d'emblée la laparotomie. Il l'exécute aidé de deux confrères. Le fœtus et le placenta ont passé, en totalité, dans la cavité abdominale. Il y a une large rupture du segment inférieur. On la suture au catgut. Après quelques phénomènes péritonéaux la malade entre en convalescence et quitte le lit, guérie, au bout de 7 semaines.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 20 au 27 février.

Le 8 *août*, c'est-à-dire dans le courant du 5e mois, le médecin qui l'avait assistée dans le courant de ses accouchements antérieurs, l'envoie à la clinique Baudelocque, où elle est admise au dortoir, en attendant le terme de sa grossesse.

L'utérus dépasse l'ombilic, à droite et en haut, on trouve une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête fœtale, on pense à un kyste de l'ovaire.

18 *novembre.* — M. Couvelaire examine la femme.

La forme du ventre est irrégulière, à côté de l'utérus gravide, légèrement incliné vers la gauche, une tumeur ayant le volume d'une grosse tête de fœtus à terme, fait saillie. La peau est mince. Sur la ligne médiane sous-ombilicale, est une cicatrice de 15 centimètres environ ; légère éventration, sur une longueur de 2 à 3 centimètres, au niveau de la partie supérieure de cette cicatrice.

Il semble, lorsqu'on mobilise transversalement et surtout verticalement la paroi, qu'il y ait des adhérences entre cette paroi et les organes abdominaux.

La hauteur utérine est de 36 centimètres.

O.I.D.T. Enfant vivant, tête haut située ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche.

Sur le flanc droit de l'utérus est une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, de forme régulière, sphérique, fluctuante, légèrement mobilisable, affleurant par son pôle inférieur à la partie supérieure de la fosse iliaque.

Elle semble distincte de l'utérus gravide dont elle est séparée par un sillon.

On confirme le diagnostic de kyste de l'ovaire.

L'excavation est vide, le col, haut situé, est profondément déchiré. Il existe une profonde déchirure à gauche. La lèvre antérieure,

proéminente, ressemble à un battant de cloche. Il n'y a plus de lèvre postérieure. Le promontoire n'est pas accessible.

Dans la nuit du 19 au 20 novembre, la femme perd du sang et a quelques contractions utérines douloureuses. Elle passe la nuit à la salle de travail.

20. — A 10 heures. du matin, M. Pinard examine la femme, il lui est impossible de délimiter la tumeur et de la séparer de l'utérus.

M. Pinard note, de plus, une légère asymétrie du bassin, la fesse droite est aplatie.

En raison des antécédents obstétricaux de cette femme, en raison de l'état de son col, de la présence d'une tumeur abdominale, des adhérences probables de l'utérus à la paroi, la femme étant à terme et en travail, *M. Pinard décide de pratiquer la laparotomie (opération césarienne suivie d'hystérectomie totale*).

Opération, à 11 h. 45, par M. Segond. — La femme anesthésiée est mise dans la position de Trendelenbourg.

1° Longue incision médiane sus et sous-ombilicale, mettant à nu l'utérus gravide dont la face antérieure ne présente aucune adhérence.

Ponction au bistouri de la face antérieure de l'utérus et des membranes. L'incision est agrandie, au doigt, pour permettre à M. Pinard d'extraire par les pieds un enfant de 3 200 grammes (D. Bi-P. 9,5) qui crie aussitôt.

2° Pendant que deux pinces à traction sont placées sur les lèvres de la partie supérieure de l'incision abdominale, M. Segond fait basculer au dehors :

A. L'utérus renfermant le placenta et les membranes.

B. Un kyste de l'ovaire droit, libre d'adhérences, dont le pédicule est rapidement sectionné au-dessus d'un clamp.

Hystérectomie supra-vaginale après hémostase préventive avec clamp et pinces de Kocher.

Cette première partie de l'opération a été très rapide.

3° Traitement du moignon : une mèche de gaze stérilisée est conduite par l'orifice utérin dans le vagin et attirée hors de la vulve. Son bord supérieur reste intra-cervical.

Suture du moignon avec des points séparés à la soie plate et deux surjets de catgut.

Ligature des 4 pédicules à la soie plate. Péritonisation des pédicules. Toilette du péritoine.

Deux gros drains de caoutchouc sont placés entre le moignon et l'angle inférieur de la plaie abdominale. Ils sont fixés à la paroi par un fil de soi plate.

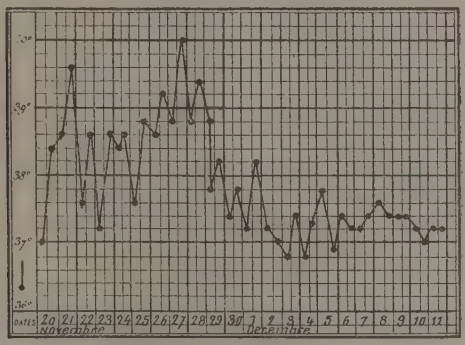
Suture de la paroi par un seul plan de fils d'argent.

Pansement à la gaze stérilisée.

Durée totale 1 h. 15.

Suites opératoires. — Le premier drain est enlevé au bout de 48 heures.

Le deuxième drain est retiré le troisième jour et est remplacé par une poche de gaze iodoformée.



Graphique 20

Il y a un suintement sanguinolent jusqu'au huitième jour.

Les fils sont enlevés le septième jour.

Le malade quitte le service en très bon état le 24 décembre 1901.

Enfant. — Pèse 3.110 grammes le lendemain de l'opération, reprend son poids de naissance le quatorzième jour, quitte le service, le 24 décembre, allaité par sa mère, bien portant et pesant 3.700 grammes.

Examen de la pièce. — Elle est conservée au musée.

La partie de l'utérus enlevée pèse 1.055 grammes. Elle comprend

la presque totalité de l'utérus. La section chirurgicale a porté sur la partie basse du segment inférieur.

Rien de particulier au niveau du ligament large, ni sur la surface péritonéale de l'intestin.

On ne retrouve pas de trace des sutures.

Le placenta inséré sur la face postéro-latérale pèse 520 grammes.

Le kyste ovarique, gros comme deux poings, renfermait 228 grammes d'une bouillie sébacée épaisse, la surface intérieure est irrégulière, et présente des saillies formées par des travées osseuses et cartilagineuses.

3. — Année 1908. Obs. 529.

Tumeur pelvienne (Kystes bilatéraux des ovaires). — Hystérectomie supra-vaginale au cours du travail (M. Mouchotte).

Andrée S.... IIpare, 34 ans. ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et pathologiques. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, tous les 27 jours. Ses règles duraient 5 à 6 jours et n'ont jamais été modifiées ni en qualité, ni en quantité.

1re *grossesse*, 2 décembre 1903. S'est terminée, chez elle, par une basiotripsie sur enfant vivant au 9e mois, après deux jours de travail. Les suites de couches furent simples.

L'obstacle à l'accouchement était une tumeur pelvienne. Le médecin qui l'assistait recommande à cette femme de se faire opérer et la prévient des dangers d'un nouvel accouchement si elle conservait sa tumeur.

Grossesse actuelle. — Dernières règles de 3 au 7 juin. La grossesse a évolué normalement, sauf difficulté à respirer, nécessitant continuellement la station assise. Cette femme dormait assise. Elle est grosse (adipose très accentuée).

Cette femme est envoyée à la clinique Baudelocque par le docteur Henoque. Elle y entre le 18 février 1908.

Elle tient, absolument, à avoir un enfant vivant.

2 *mars.* — Examen de M. Pinard : O. I. D. T.

Au toucher, le col est refoulé en haut et à droite par une tumeur qui occupe la partie postéro-latérale gauche de l'excavation. Tumeur paraissant du volume d'une tête d'adulte.

19. — Deuxième examen de M. Pinard. Même situation du fœtus.

La tumeur paraît plus molle. M. Pinard donne les indications suivantes :

On attendra, en surveillant attentivement la femme, l'effet des premières contractions utérines douloureuses, dans l'espoir d'assister à l'ascension de la tumeur dans la cavité abdominale et à l'accouchement spontané.

25. — 10 h. soir. Apparition des premières contractions utérines douloureuses. Pendant toute la nuit, la femme a des contractions utérines espacées.

26. — Matin. Les contractions sont plus rapprochées et plus intenses.

10 h. matin. Examen de M. Mouchotte. Palper O. I. D. T.

Tête haut située au-dessus du détroit supérieur.

Auscultation bonne.

Toucher : Orifice dilaté comme 0 fr. 50, situé très en haut et très à droite, au niveau de l'éminence iléo-pectinée correspondante.

Membranes intactes.

L'ouïe de l'excavation est remplie par la tumeur mollasse qu'il est impossible de mobiliser.

A 11 h. 30, M. Oui et M. Pinard font les mêmes constatations et ce dernier pose les indications suivantes :

« Intervention par la voie haute ».

On fera tout pour conserver l'utérus, comptant sur l'allaitement pour obtenir la répression de la tumeur s'il s'agit d'un fibrome. On fera l'ablation s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire.

Opération. — A midi 15, M. Mouchotte, aidé de MM. Lacasse et Loyeaux pratique la laparotomie.

Opération avec des gants. Extériorisation de l'utérus.

Incision sur la ligne médiane. Le placenta n'est pas rencontré.

Trois minutes après, un garçon pesant 3.900 grammes est extrait. Il est en état d'apnée et est vite ranimé.

Ablation du placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus (600 grammes).

Sur le bord droit de l'utérus, on constate que l'ovaire correspondant est dégénéré et forme une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Pendant que M. Lacasse comprime l'isthme utérin, M. Mouchotte explore la face postérieure de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas. Il constate que celui-ci est rempli par une tumeur mi-solide, mi-liquide qui est complètement indépendante de l'utérus et descend de l'excavation pelvienne. Elle adhère à la face postérieure du vagin et au rectum par des adhérences molles qu'il est facile de détacher.

Position déclive. — La tumeur est ainsi énucléé et amenée au-dessus de l'excavation.

C'est une tumeur ovarienne un peu plus volumineuse qu'un gros poing et qui paraît, alors, rattachée au bord correspondant de l'utérus par un pédicule qui n'est autre que le ligament large.

Etant donné que les lésions ovariennes sont bilatérales, M. Mouchotte pratique l'hystérectomie supra-vaginale.

Des pinces sont placées sur les pédicules utéro-ovariens de chaque côté. Ces pédicules sont sectionnés L'utérus est amputé au niveau de l'isthme, de gauche à droite. Les utérines sont pincées après section. Ligature des pédicules utéro-ovariens et des utérines au catgut n° 2.

Suture du moignon cervical par un surjet n° 2. Deuxième surjet pour recouvrir le moignon suturé du péritoine vésico-utérin qui a été préalablement décollé :

La rupture des adhérences ayant laissé dans le Douglas des surfaces suintantes, on place dans le cul-de-sac un Mikulicz et un drain n° 40.

Suture de la paroi en deux plans.

Durée de l'opération, 45 minutes.

Immédiatement après la suture de l'utérus et la pose des pinces, il se produit une alerte chloroformique. La femme vomit, se cyanose. Des matières alimentaires lui remplissent l'arrière-bouche et les fosses nasales. L'opération doit être un moment suspendue.

Ces matières alimentaires sont constituées par du chocolat au lait que la femme a pris deux heures avant l'intervention.

Suites opératoires :

26 *mars*. — 2 h. soir, 500 grammes de sérum artificiel.

4 h. soir. Sensation de froid, 37°8. P. 116.

Depuis l'opération persiste un ronchus trachéal intense qui s'accentue pendant la nuit.

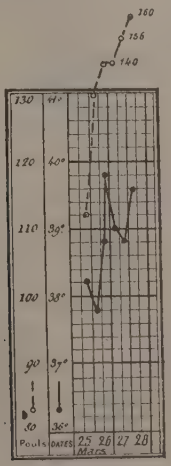
27. — 2 h. du matin, demi-seringue de Pravaz de morphine pour insomnie.

3 h. Gêne respiratoire. Toux saccadée comme pour expulser des crachats (oxygène).

Urines foncées. Pansement. Les compresses sont changées. Elles sont imbibées d'un sang bien rouge ; le ventre est souple. L'auscultation révèle l'existence de gros râles humides dans toute l'étendue des poumons. Dyspnée intense. Toux saccadée. Ventouses sèches matin et soir. 4 ventouses scarifiées. Potion 4 grammes d'acétate d'ammoniaque. Café, oxygène. La femme est assise dans son lit.

Quelques gaz sont rendus spontanément.

28. — Langue humide. Facies rouge, vultueux.



Graphique 21.

Urines acajou : 900 grammes. Expectoration de crachats jaune verdâtre.

Pansement : Ablation de la mèche interne de Mikulicz. Ventre souple non météorisé,

Le ronchus trachéal a disparu, mais en entend à l'auscultation de gros râles humides disséminés. Ventouses en avant et en arrière. 4 ventouses scarifiées.

Lait et 50 grammes de lactose.

Teinture de digitale XXX gouttes.

Soir : Sudation abondante. Petit lavement suivi de l'évacuation de selles et de gaz.

Langue sèche. Dans les crachats on voit quelques filets de sang. Urines 1.000 grammes, ocreuses.

Un tiers moyen du poumon droit, en arrière : râles sous-crépitants dans le reste de la poitrine. Gros râles humides.

Pansement. Le Mikulicz est enlevé. Ventre souple et indolore.

4 h. soir. Mort.

Autopsie. — 1° Péritoine absolument indemne.

2° Base du poumon droit absolument congestionnée vers le milieu. Dans les grosses bronches, liquide marron légèrement spumeux. En prenant par la grosse bronche, sort environ 2 cuillerées de chocolat.

5° Poumon gauche. Congestion généralisée, mais moins intense.

§ 3. — Sténoses.

N°s	ANNÉES	OBSERVATIONS	INDICATIONS	MÈRE	ENFANT	PAGES
1	1891	1527	Epithélioma ayant envahi le col de l'utérus et une partie du vagin.....	V.	V.	140
2	1893	1248	Cancer du col.....	V.	V.	143
3	1901	807	Métastase utérine d'un néoplasme gastrique.	M.	M.	146
4	1902	902	Sténose cicatricielle consécutive à opération de Schröder...	V.	V.	149
5	»	1443	Diaphragme congénital du vagin	V.	V.	151
6	1903	576	Cancer du col.....	V.	V.	154

Total : 6 opérations, 5 guérisons, 1 mort fœtale, 1 mort maternelle (cachexie cancéreuse).

La situation est différente selon qu'il s'agit de sténoses cancéreuses ou non.

1° **Sténoses non cancéreuses.** — Les plus fréquentes sont les sténoses cicatricielles consécutives soit à des opérations de Schröder (Porro, 4, année 1902, obs. 902, p. 149) soit, à des cautérisations au caustique de Filhos ou au chlorure de zinc, soit à d'anciennes déchirures provoquées par des interventions (forceps, basiotripsie, curettage) pratiquées au cours ou à la suite d'accouchements antérieurs Plus rares sont les rétrécissements dus à une lésion syphilitique du col ou à une malformation congénitale du col ou du vagin (Porro, 5, année 1902, obs. 1443, p. 151).

Ici la question de la conservation de l'utérus ne se pose pas.

Dès l'instant que l'orifice cervical est sténosé, la césarienne conservatrice ne peut être pratiquée puisqu'il est impossible de placer la mèche vaginale et d'assurer l'écoulement lochial pendant les suites de couches.

La seule question se pose, encore, de savoir s'il vaut mieux faire une opération de Porro classique ou une hystérectomie totale.

D'après nos observations, 2 opérations de Porro ont été pratiquées suivies de deux succès pour la mère et pour l'enfant.

Au point de vue des avantages et des inconvénients de l'hystérectomie totale, nous ne pouvons que répéter ce que nous avons déjà dit au chapitre précédent à propos des cas de tumeur avec utérus non infectés, lorsqu'on est libre de choisir telle ou telle de ces deux opérations.

2° **Sténoses cancéreuses.** — Sans être aussi absolu pour le cancer que pour la tuberculose, M. Pinard n'admet pas le coup de fouet donné par la grossesse à l'évolution de la néoplasie. Aussi rejette-t-il toute intervention avant le début du travail.

Pour justifier cette conduite, la statistique de tous les cas recueillis à la clinique Baudelocque montre que sur 11 femmes atteintes de cancer utérin, 10 ont mené leur grossesse à terme ou près du terme. La statistique de Theilhaber est aussi satisfaisante. D'après celle de Bar et de Conhstein la grossesse n'a évalué jusqu'au terme que dans 2/3 des cas.

Quoi qu'il en soit, nous reportant au rapport très documenté présenté, sur cette question par M. le professeur Oui au congrès d'Alger, nous dirons (1) :

« Pour la mère la grossesse n'entraîne pas fatalement l'ag-

(1) Oui, Indication thérapeutique dans les cas de cancer utérin compliquant la grossesse. *Annales de gynécologie*, avril 1907, p. 196.

gravation du cancer, la mortalité immédiate de l'accouchement et des suites de couches n'est point seulement fonction du cancer lui-même, mais peut être sensiblement améliorée par la conduite de l'accoucheur.

« Pour l'enfant, l'interruption de la grossesse avant le terme le tue ou le compromet sérieusement dans un quart des cas environ, une intervention rapide et bien conduite devant dans la très grande majorité des cas l'empêcher de succomber au moment de l'accouchement. » Quelle devra donc être la conduite de l'accoucheur à ce moment ?

L'expectation n'est admissible que dans les cas où une partie limitée du col est atteinte par le cancer. La dilatation s'effectue alors aux dépens de la partie restée saine, quelquefois au prix d'une petite déchirure comme le cas s'est présenté tout dernièrement encore à la clinique Baudelocque. Encore faut-il se méfier de l'expectation qui peut être et est souvent, les statistiques le prouvent, préjudiciable à la mère en l'exposant aux déchirures profondes du col, étendues ou non aux organes voisins et à l'utérus, préjudiciable surtout à l'enfant.

Lorsque le col résiste, que l'accouchement spontané n'est plus possible, les interventions par les voies naturelles étant dangereuses pour la mère et pour l'enfant, selon l'opinion de M. le professeur Oui (1). « *Il faut proscrire toutes les extractions forcées à travers un col indilatable ou difficilement dilatable.* »

« *Lorsque les difficultés sont évidentes, et même pour peu que le travail traîne en longueur et que le fœtus soit menacé, il faut recourir à l'opération césarienne en se rappelant que plus tôt on opère, meilleurs sont les résultats.* »

L'opération césarienne étant décidée, doit-elle être conser-

(1) Oui, *Annales de gynécologie*, avril 1907, p. 212.

vatrice, doit-on la faire suivre de l'amputation utéro-ovarique selon la méthode de Porro, faut-il enfin la compléter par l'hystérectomie totale ?

L'opération césarienne conservatrice faisant rentrer dans la cavité péritonéale, surtout dans les cas où la lésion est étendue, un utérus dont le col est un foyer d'infection, nous semble justement devoir être écartée.

Dans les cas où le cancer est limité, l'hystérectomie totale, en faisant toutes les restrictions que nous avons déjà faites à son sujet, peut présenter alors quelques chances de succès. Nous n'avons pu noter d'observation d'hystérectomie totale faite à la clinique Baudelocque dans ces conditions. Tout dernièrement, M. le professeur agrégé Fruhinzholz a opéré à la maternité de Nancy dans ces conditions, une femme en travail atteinte du cancer du col, a eu un plein succès pour la mère et pour l'enfant ; mais si l'on consulte la statistique donnée par M. Oui dans son rapport au Congrès d'Alger, les résultats de l'hystérectomie abdominale totale consécutive à la césarienne n'apparaissent pas comme brillants d'une façon générale. Cinq morts sur 8 opérations, ce qui donne une mortalité opératoire de 62,3 pour 100. Ajoutons, cependant, pour ne pas porter sur cette intervention un jugement trop pessimiste, que dans certains cas l'opération a été entreprise dans des conditions déplorables, sur des femmes ayant présenté des élévations de température au moment de l'intervention, *or nous ne discutons ici que sur les cas d'utérus cancéreux, mais non infecté secondairement.*

Quant à l'hystérectomie vaginale connue sous le nom d'opération de Durhssenn bien qu'Acconi l'ait pratiquée le premier, il est difficile, vu le petit nombre de cas que l'on a pu réunir, de porter un jugement sur elle, elle offre, à notre avis, le grand désavantage de nécessiter, après incision de la paroi utérine,

un traumatisme pour le fœtus en l'extrayant par le forceps ou la version.

Mais dans les cas de cancer avancé, ayant plus ou moins infiltré les tissus voisins, c'est, sans contredit l'opération de Porro qui constitue l'intervention de choix. Facile à conduire rapidement, elle procure à la femme le minimum de traumatisme, elle isole, complètement, les tissus susceptibles d'infection de la cavité péritonéale. Sur 4 cas d'opération de Porro pour cancer du col, 3 pratiqués dans les conditions normales (Porro, 1, année 1891, obs 1527, p. 140, Porro, 2, année 1893, obs. 1248, p. 143 ; Porro, 6, année 1903, obs. 576, p. 154), ont été suivies de succès pour la mère et pour l'enfant.

Une seule opérée a succombé à la clinique, non pas des suites de l'intervention, mais de la cachexie cancéreuse. La lésion utérine, dont elle était porteur, n'était qu'une métastase d'un néoplasme gastrique. Elle était, lors de l'intervention, dans un état de cachexie très avancé, un pareil résultat ne peut être imputé à l'opération de Porro.

La statistique des opérations de Porro pratiquées dans n'importe quelle condition donnée par M. Oui arrive aux mêmes résultats puisqu'elle donne :

47.61 0/0 de mortalité maternelle.

23 0/0 de mortalité fœtale.

En résumé :

Quelle que soit l'étendue du néoplasme, la césarienne radicale devra être préférée à la césarienne conservatrice. Dans les cas de cancer nettement limité, lorsque l'état général de la femme lui permettra de supporter le traumatisme opératoire, lorsque toutes les conditions requises, sur lesquelles nous avons déjà longuement insisté, pourront être réalisés afin d'en assurer le succès, l'opération césarienne suivie d'hystérecto-

mie abdominale totale pourra être pratiquée au cours de l'accouchement.

Dans les cas de cancer inopérable, chez une femme déjà affaiblie par un travail long et du fait de son néoplasme, l'opération de Porro *est et reste l'intervention de choix*, infiniment supérieure à tout autre procédé.

Pour sauvegarder les intérêts de l'enfant, les résultats seront d'autant plus satisfaisants que l'opération aura été pratiquée le plus près possible du début du travail.

OBSERVATIONS

1. — Année 1891, Obs. 1527.

Epithélioma ayant envahi le col de l'utérus et une partie du vagin.

Femme D...,grande multipare, accouche pour la 11e fois. Ne présente rien de saillant dans ses antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques.

Les premières règles ont apparu pour la première fois à 13 ans 1/2 et ont toujours été régulières. Tous les accouchements antérieurs ont eu lieu spontanément et à terme, et n'ont présenté aucune complication. Sur 10, 4 enfants sont morts à quelques mois ou à quelques jours, 1 à 3 ans 1/2 (on n'a pas de détails sur leur mode d'allaitement), les 5 autres sont vivants et bien portants.

Durant les 3 premiers mois de cette dernière grossesse, la malade a ressenti de violentes douleurs lombaires et abdominales. A partir du troisième mois, elle a eu d'abondantes métrorragies (sang mêlé de caillots) ; à partir du cinquième mois, elle a eu des pertes roussâtres dégageant une odeur fétide et extrêmement abondantes puisqu'elles l'obligeaient à changer 3 et 4 fois par jour les serviettes dont elle se garnissait. Dès le dernier mois, elle présente de l'œdème des membres inférieurs. Les urines n'ont jamais contenu d'albumine.

Cette femme a commencé à avoir des douleurs le 23 novembre au soir. Une sage-femme fut appelée auprès d'elle et après l'avoir obser-

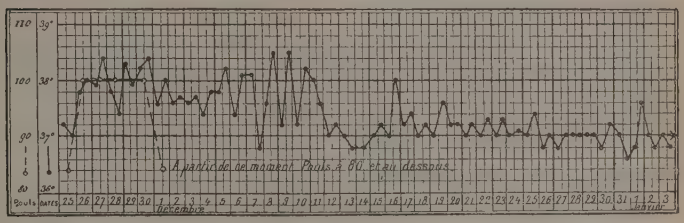
vée pendant 48 heures, l'envoya à l'hôpital de Saint-Denis, d'où le Dr Dupuy, médecin en chef, l'envoya à la clinique Baudelocque. Les membranes se sont rompues dans la matinée du 25 novembre.

A son entrée, on constate que le fœtus vivant se présente par le siège. Tout le col et une grande partie du segment inférieur sont envahis par un néoplasme végétant et facilement saignant.

Après examen, M. Pinard décide de faire une opération de Porro ; sous chloroforme, on constate que le néoplasme a envahi non seulement le vagin, mais la vessie.

L'opération, pratiquée par M. Pinard, ne présente aucun incident particulier. On extrait une fille vivante pesant 3.220 grammes.

Suites opératoires. — Fistule urinaire produite à la suite d'un abcès urineux au noyau du pédicule.



Graphique 22.

25 *novembre* — 8 h. 1/2 soir. Piqûre de morphine. La malade se plaint de douleurs abdominales.

3 heures du matin. Nouvelle piqûre de morphine, nuit calme.

26. — Respiration fréquente. La malade se plaint de douleurs prématurées, surtout céphalées, elle pousse des gémissements continuels.

Piqûre de morphine. La soirée est assez calme. Urines normales. Langue humide.

9 heures soir. Piqûre de morphine.

3 heures matin. Piqûre de morphine, le reste de la nuit est calme.

27. — Le pansement est fait par M. Pinard, le ventre n'est pas ballonné. Il est souple et non douloureux à la pression On laisse le crevat de gaze iodoformée. On remet de la poudre d'iodoforme et de tannin et on renouvelle le coton.

A 3 heures du soir, piqûre de morphine. A 5 heures soir, vomissement.

Dans la soirée, lavement contenant 1 verre de vin et de glycérine, suivi d'évacuation de matières fécales.

28. — Garde-robe abondante, miction spontanée, évacuation de nombreux gaz. Langue sèche.

Dans la soirée, garde-robe spontanée. Repos calme sans morphine. Alimentation comprenant du lait, champagne, bouillon et anisette.

Du 29 *novembre* au 2 *décembre*. — L'état reste sensiblement le même. La langue est toujours sèche et rôtie, les mictions sont spontanées. La malade s'alimente un peu.

A partir du 3, la malade est prise de dégoût pour la viande et la graisse, elle refuse d'avaler autre chose que des légumes ; en même temps, elle se plaint de douleurs abdominales et lombaires, surtout violentes pendant la nuit et qu'on ne peut calmer qu'à l'aide de piqûres de morphine.

Du 6 au 7. — Nuit affreuse, douleurs abdominales exclusivement violentes, irradiées vers la cuisse droite ; difficilement calmées par la morphine.

7. — On remarque, en faisant le pansement, au-dessous du pédicule et à droite, une saillie volumineuse, fluctuante. On porte le diagnostic de phlegmon de la paroi abdominale.

9. — M. Segond examine la malade, il introduit le doigt à la base du pédicule, et rompt cette poche fluctuante. Deux drains sont introduits dans cette ouverture. Il s'en écoule du liquide en quantité considérable. Depuis ce moment la malade n'urine plus, il s'écoule continuellement par le drain, un liquide clair. Il s'agit donc d'un abcès urineux.

Deux pansements sont faits chaque jour.

A partir du 12, l'état général va en s'améliorant.

26. — C'est-à-dire 31 jours après l'opération, chute du pédicule ; le 29, un des drains introduits dans la poche de l'abcès urineux est enlevé, le 1er janvier le second drain est retiré, une fistule urinaire persiste. Les pansements faits, matin et soir, sont mouillés et répandent une odeur d'urines. La malade remet quelques gouttes d'urine quand on pratique le cathétérisme. L'état général reste stationnaire.

16 *janvier*. — La malade est transportée de l'ambulance urbaine à l'hôpital de Saint-Denis. La fistule urinaire a persisté, il y a un con-

tinuel suintement, elle urine seule, mais souffre d'une façon intense chaque fois.

L'enfant extrait était une fille vivante et bien portante pesant 3.220 grammes et quitta le service le 16 janvier 1892 en parfait état, pesant 4.110 grammes.

2. — Année 1893. Obs. 1248.

Cancer du col.

La nommée Juliette A.. , âgée de 28 ans, blanchisseuse, entre à la salle de travail, le 21 août 1893 à 5 h. du matin.

Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Elle a été réglée pour la première fois à 13 ans, toujours régulièrement depuis.

Mariée en 1884, elle mena à terme trois grossesses absolument normales ; la première en 1885, à l'âge de 18 ans et demi, la deuxième en 1888, la troisième en 1889.

De ces trois grossesses, elle a eu trois enfants, deux filles et un garçon qui vivent encore et sont bien portants. Tous sont du même père.

En 1891, elle a eu un avortement de deux mois environ ; six mois plus tard, nouvel avortement de 6 semaines ? on n'a pas trouvé d'œuf.

Ces avortements sont survenus sans fortes douleurs: ni hémorragies. Il y a un an environ, nouvel avortement d'un mois, à la suite duquel elle eut une hémorragie très abondante pendant 5 jours.

A partir de ce moment, la malade perd toujours un peu de sang ; ces pertes, peu abondantes et irrégulières, surviennent à quelques jours d'intervalle.

Elle dit avoir des pertes blanches abondantes ; mais sans œdème fétide. . . . . .

Depuis le mois de juillet 1891, elle maigrit beaucoup ; mais l'état général reste bon.

Elle a eu ses dernières règles le 10 novembre 1892, et, pendant les 3 ou 4 premiers mois de sa grossesse, à l'époque correspondante

de ses règles, elle perdait une quantité variable de sang, mais ces hémorragies n'avaient pas le caractère des menstrues.

Au cours de la seconde moitié de la grossesse, ces hémorragies deviennent de plus en plus fréquentes et s'accompagnent de vives douleurs lombaires.

Jamais, elle n'a remarqué d'écoulement fétide.

A son entrée à la salle de travail, elle donne les renseignements suivants :

Depuis le 13 août, elle ressent des douleurs lombaires et utérines ; mais ne perd pas. Le 20, à 4 h. 30 du matin, elle perd les eaux et continue son travail, malgré les douleurs qui sont assez fortes

Dans la soirée du 21, vers 8 heures, les douleurs deviennent plus fortes et prennent le caractère de coliques expulsives.

Elle perd beaucoup de sang.

A minuit, les contractions s'arrêtent.

A 2 heures du matin, le 22, l'utérus restant inerte et la femme perdant beaucoup de sang, la sage-femme qui était auprès d'elle, fait venir un médecin. Après examen, il essaye une application de forceps. Il parvient à introduire une branche ; mais éprouvant des difficultés pour terminer, il conseille à la famille de conduire cette femme à la clinique Baudelocque.

La malade affirme très énergiquement qu'elle n'a reçu aucun soin de propreté et que la branche du forceps introduite a été, à peine, essuyée avec une serviette de son usage.

Elle arrive à la clinique de Baudelocque à 5 heures du matin, couchée sur un brancard, dans un état de prostration profonde, l'abdomen et les membres inférieurs sont couverts d'un mélange de sang et de liquide amniotique épais et fortement coloré en vert.

Par le palper, on ne peut rien constater ; l'utérus est tétanisé et il est impossible de reconnaître une partie fœtale.

Pas de contractions douloureuses.

Au toucher on constate une tête engagée, un orifice cervical dilaté comme 5 francs Les bords de cet orifice présentent des excroissances mamelonnées, irrégulières, dures, saignant facilement.

M. Lepage examine la malade et constate que tout l'orifice utérin est envahi par un néoplasme cancéreux sur une hauteur de 2 centimètres environ ; les tissus malades sont épais.

Avant de pratiquer une opération de Porro, il pria M. Potocki, d'examiner la malade ; celui-ci pense qu'une application de forceps sera possible aprés quelques incisions préalables du col ; mais après nouvel examen sous chloroforme, trouvant le segment inférieur trop envahi par le néoplasme, il se rallie à l'avis de M. Lepage et l'opération est pratiquée.

Opération. — A 10 h. 15. On commence l'incision abdominale. On la fait assez grande pour faire basculer l'utérus et l'inciser, ensuite, d'après le procédé de Müller. On touche sur l'utérus siégeant sur la ligne médiane. Il est petit et tétanisé.

A 10 h. 21. On sectionne l'utérus. L'incision est complétée en bas, par une déchirure faite avec le doigt. Le fœtus fait hernie et est extrait. Le placenta reste adhérent à l'utérus.

A 10 h. 24. On place une ligature élastique et on le fixe avec le serre-nœud de Segond.

A 10 h. 16. On sectionne l'utérus et on fixe sur le moignon utérin deux pinces à griffes.

A 10 h. 27. On suture la paroi abdominale. En retirant la dernière éponge, on fait sortir au dehors un lambeau d'épiploon qu'on résèque entre deux ligatures.

Huit fils d'argent sont mis sur la paroi abdominale.

Quatre sutures superficielles au crin de Florence.

A 10 h. 42. On place la broche qu'on passe au-dessous du fil élastique.

On tamponne le vagin à la gaze iodoformée. On fait le pansement abdominal.

Suites de couches. — Le 23 *août* 1893, matin. La malade n'a pas reposé et souffre un peu du ventre. Elle a uriné 3 fois spontanément dans la nuit. Le soir, elle se plaint de violentes douleurs abdominales et lombaires.

27. — M. Lepage défait partiellement le pansement. La plaie abdominale est en bonne voie de réparation. Le pédicule utérin semble se scléroser sans aucune suppuration.

30. — M. Lepage enlève tous les fils sauf deux qui sont enlevés le 31.

L'enfant, né en état de mort apparente, fait une inspiration faible deux minutes après sa naissance. Des obstructions des voies respira-

toires, frictions, bain chaud. Il est ranimé sans insufflation, la respiration devient régulière au bout de 10 minutes, il pousse son premier cri au bout de 12 minutes.

Il pesait 2.870 grammes à sa naissance. A sa sortie le 11 octobre, il pesait 3.800 grammes. Il était encore vivant et bien portant en février 1894.

Cette femme, sortie le 11 octobre, a été soumise à la fin d'octobre,

Graphique 23.

à l'examen de M. le Dr Segond qui, en raison de l'étendue des lésions qui ont envahi la paroi vaginale, surtout la paroi vaginale antérieure, conseille de s'abstenir de toute intervention. La cicatrice abdominale est restée fongueuse, envahie par le néoplasme.

La malade est actuellement très cachectique.

3. — Année 1901. Obs. 807.

Métastase utérine d'un cancer de l'estomac, apparue au cours d'une grossesse et ayant nécessité l'opération césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique, avant le début du travail. — Couvelaire, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1905, p. 273.

?..., 35 ans. Primipare. Entre à la clinique le 11 octobre 1901 avec le diagnostic suivant : grossesse de 2 mois 1/2 ; vomissement incoercibles.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Aucune maladie. Réglée à 12 ans, régulièrement.

En juin 1901, cette femme commence à souffrir de l'estomac :

sensation de pesanteur dès l'ingestion des aliments. Digestions lentes. Quelquefois, vomissements alimentaires après les repas. On fait faire des lavages de l'estomac.

Du 15 au 20 juillet, règles normales. Les vomissements continuent, apparaissent maintenant le matin. Vomissements glaireux, bilieux.

Les règles manquent en août et en septembre. On met la femme au régime lacté absolu. L'intolérance gastrique devient complète.

Le 9 octobre, on donne des lavements alimentaires (2 par jour). La femme, vomissant toujours et maigrissant, entre à la clinique.

Le 11 octobre, M. Pinard constate : 1° que l'utérus dont le fond remonte à 8 centimètres au-dessus du pubis, offre tous les caractères d'un utérus gravide ; 2° que dans la région sus-ombilicale existe une tumeur cylindroïde, dure, mal limitée, étendue transversalement vers la gauche. Cette tumeur a le caractère d'un néoplasme gastrique. M. Pinard porte alors le diagnostic de vomissements incoercibles liés à l'évolution d'un néoplasme gastrique chez une femme enceinte de 2 mois 1/2.

La femme est mise au repos. On l'alimente avec du lait donné à doses fractionnées. L'intolérance disparaît. Bientôt cette femme prend des potages, des œufs, puis elle quitte la clinique.

En avril 1902, quelques vomissements glaireux ou alimentaires ; anorexie presque constante.

Fin mars, œdème des membres inférieurs, plus accusé à gauche.

Le 5 avril, entrée à la clinique : l'utérus remonte à 30 centimètres au-dessus du pubis. Fœtus vivant ; tête en bas. Ballonnement du ventre gênant l'exploration stomacale. Au toucher, rien d'anormal du côté du col ni des culs-de-sac.

Fin avril. — Diarrhée : 5 selles par jour (pas de sang, pas d'épreintes). Pas de troubles dans la miction.

28 *avril*. — Ascite. Le liquide passe en avant de l'utérus et, sur la ligne médiane, remonte à égale distance du pubis et de l'ombilic. Œdème de la paroi abdominale.

8 *mai*. — L'utérus entier ballotte dans l'ascite.

12 — Urines normales, moins abondantes.

17 — L'œdème augmente ; ventre énorme de batracien. Le fond de l'utérus est à 33 centimètres au-dessus du pubis. Malgré le liquide

on perçoit les parties fœtales. Etat général mauvais : aspect cachectique.

Par le toucher, M. Pinard constate que les culs-de-sac vaginaux et tout le petit bassin sont durs et infiltrés. Col long, fermé. Enfant vivant.

M. Pinard décide de pratiquer l'opération césarienne le lendemain 18.

18. — Laparotomie par M. Wallich.

La femme n'a pas eu de contractions douloureuses.

A 9 h. 1/2, incision de la paroi abdominale. Il s'écoule une faible quantité de liquide ascitique citrin.

Protection du péritoine. Ponction de l'utérus au bistouri ; agrandissement de l'incision avec le doigt.

L'enfant est extrait par les pieds, couvert de méconium. Cordon infiltré. Liquide vert purée.

La femme est mise sur le côté ; 3 litres de liquide citrin s'écoulent. Une broche est placée au-dessus du segment inférieur. Le lien de caoutchouc posé, l'utérus est amputé au-dessus de la broche. Ligature du hile de l'ovaire gauche, du pédicule utéro-ovarien droit (friabilité telle que l'ovaire droit reste dans la main de l'opérateur), mèche de gaze dans le cul-de-sac vésico-utérin. Mèche et drain dans le Douglas. Toilette du péritoine.

M Couvelaire constate directement l'existence du néoplasme gastrique.

Suture du péritoine, de la paroi cutanée. Durée totale de l'opération : 40 minutes.

L'enfant fait quelques mouvements respiratoires. Malgré l'insufflation, ces mouvements cessent au bout de 50 minutes. A l'autopsie on ne constate pas de lésions macroscopiques des organes ; à la coupe des bronchioles suinte du méconium.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 2,550 gr. D. Bi-P. 9,6. Placenta, 450 grammes. Cordon, 52 centimètres.

L'ovaire droit renfermait un corps jaune dont les grands diamètres étaient 8 et 10 millimètres.

Suites opératoires simples. La température a toujours oscillé entre 37°2 et 36°8. Le pouls aux environs de 80.

La malade meurt de cachexie cancéreuse le 9 juillet.

L'autopsie montre une généralisation cancéreuse à tout l'intestin.

4. — Année 1902. Obs. 902.

Amputation du col. — Sténose cicatricielle du col. Opération de Porro, par M. Routier.

J..., IVpare. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Réglée pour la première fois à 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis.

Première grosesse, 1892 : sommet spontané à terme. Fille vivante élevée au biberon par la mère.

Deuxième en 1895 : *idem*.

Troisième en 1896 : sommet à terme. Forceps. Enfant vivant élevé au sein.

28 *juin* 1900. — Opération de Schröder (Depuis 2 ans la malade souffrait dans le bas-ventre, pertes blanches très abondantes métrorragie se répétant assez régulièrement deux fois par mois), service du Dr Routier.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 20 au 25 août 1901. La grossesse a évolué sans incidents. A deux reprises, alors qu'elle était enceinte de 6 et de 8 mois, la femme vient à la consultation de la clinique Baudelocque. La seconde fois, elle fut examinée par MM. Pinard et Couvelaire qui trouvent le col amputé au ras des culs-de-sac. Le col est représenté par un orifice punctiforme limité par un anneau mince mi-ramolli, mi-cicatrisé. De petits nodules cicatriciels gaufrent en quelque sorte l'anneau cervical. La muqueuse vaginale et les tissus péri-utérins ne présentent rien de particulier.

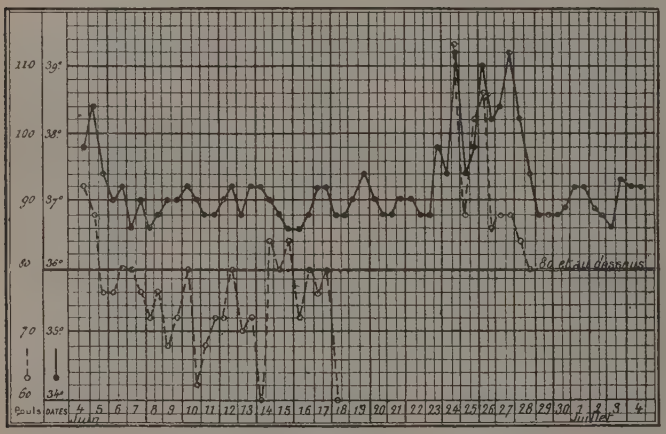
2 *juin*. — A 1 heure du matin, la poche des eaux se rompt prématurément et la femme ne vient à la clinique que le soir à 8 h. 30 ; elle n'a pas de douleurs.

3. — Au matin, M. Couvelaire fait les constatations suivantes : Hauteur utérine 35 centimètres. L'enfant est vivant, la tête est en bas, mobile, tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche. Par le toucher, on arrive, très difficilement, tant il est élevé, sur le moignon cervical, en haut, derrière le pubis ; il est rigide avec quelques nodosités cicatricielles, ouvert comme une pièce de 0 fr. 50. Le liquide amniotique est normal, il n'y a toujours pas de contractions douloureuses.

Une ceinture entocique est placée fixant la tête au dessus du détroit supérieur.

Pendant la nuit la femme a quelques contractions utérines, qui dans la matinée du 4 deviennent plus énergiques et plus rapprochées. L'état du col reste stationnaire. Le liquide devient verdâtre, les bruits du cœur sont normaux.

A 11 heures du matin, M. Pinard examine la femme. Après 8 heures de contractions douloureuses, la tête était toujours très élevée, mobile au détroit supérieur. L'état de l'orifice cicatriciel était resté



Graphique 24.

le même, il décide de pratiquer immédiatement la section césarienne.

A 2 heures. Opération césarienne et amputation de l'utérus à la Porro par M. Routier assisté par M. Couvelaire.

Opération. Pas de fixation du moignon utérin. Lien circulaire, broche. Ligature préventive sur le pédicule utéro-ovarien. Drainage du cul-de-sac postérieur par une mèche de gaze stérilisée.

Durée totale 35 minutes. Pansement aseptique.

L'enfant extrait pèse 3.050 grammes, D. Bi. P. 9.7. Il naît un peu étonné et est rapidement ramené sans insufflation

Suites opératoires. — Le 3e jour la mèche du cul de-sac postérieur est enlevée.

Le 9e jour les fils sont enlevés. Le moignon est sec.

Le 11e jour le moignon est sectionné.

Le 12e jour chute du pédicule.

Du 21 au 23e jour, ascension de la température : rien d'anormal au niveau de la plaie ou du petit bassin. La température redevient normale le 25e jour.

Le 10 juillet la mère et l'enfant quittent le service en parfait état.

5. — Année 1902. Obs. 1443.

Diaphragme congénital du vagin.

Marie S. J..., 34 ans, primipare.

Antécédents héréditaires. — Père mort de broncho-pneumonie. Mère morte de cancer.

Réglée pour la première fois à 18 ans, toujours régulièrement.

A l'âge de 21 ans : fièvre typhoïde.

A l'âge de 25 ans : résection du genou gauche pour tumeur blanche par M. Monod à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette femme ne s'est exposée à devenir enceinte qu'à l'âge de 33 ans.

Le 21 septembre 1902 elle entre au dortoir de la clinique Baudelocque.

Dernières règles datent du 20 au 23 décembre 1901, elle est donc à la fin du 9e mois de sa grossesse.

Elle vient de chez elle où elle se repose depuis 4 mois. Sa grossesse a évolué normalement, sauf une très légère albuminurie dès le début. En découvrant cette femme on constate de nombreuses traces de cicatrices sur la hanche et la cuisse gauche. Il n'y a aucune trace de lésion bacillaire aux poumons.

La hauteur utérine est de 35 centimètres. La tension des parois assez forte. Présentation du sommet en G.A. Enfant vivant. En pratiquant le toucher, on constate, chez cette femme, à 4 centimètres environ de l'orifice hyménéal du vagin, un diaphragme circulaire, épais, véritable repli du vagin, permettant, sans être forcé, l'introduction du petit doigt. Immédiatement en arrière de lui, on sent

le col utérin dont la lèvre antérieure se confond en avant avec le diaphragme vaginal, mais en est distant, en arrière, d'un centimètre environ. Il existe donc, à ce niveau, entre le diaphragme et le col un espace en forme de croissant dont la partie large est en arrière et dont les pointes viennent se perdre, en avant, à l'union du col et du diaphragme.

Le 24 *septembre* à minuit, la femme entre en travail.

Le 25 au matin, la dilatation de l'orifice est de 50 centimes.

Les membranes sont intactes, bien que la femme dise avoir perdu de l'eau depuis plusieurs jours.

Le 26 au matin, l'état est le même, Mlle Roze fait donner un bain chaud et à 11 h. 1/2, M. Couvelaire rompt les membranes qui sont bien tendues et derrière lesquelles il y a peu de liquide. La dilatation est, à ce moment, de 1 franc. La tête vient appuyer sur le col et sur le diaphragme.

Pendant toute la journée, malgré des douleurs énergiques, l'état du col ne se modifie pas.

A 8 h. 1/2 du soir. L'état est le même. MM. Potocki et Delestre sont alors appelés et ils constatent que la dilatation de l'orifice utérin paraît empêchée par les rapports de celui-ci avec le diaphragme vaginal. Celui-ci ne semble pas pouvoir se dilater, vu son épaisseur et sa consistance.

Des incisions paraissent dangereuses, à cause de la proximité de la vessie en avant.

On décide donc de pratiquer une opération de Porro.

Opération. — 9 h. 45. Incision de la paroi abdominale, que l'on prolonge vers le haut à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic.

L'utérus est incisé, *in situ*, sur la ligne médiane, sur une longueur de 10 centimètres environ.

On arrive sur les membranes que l'on déchire : le liquide est verdâtre.

Pendant que M. Delestre énuclée l'utérus, en prenant sur la paroi abdominale, M. Potocki extrait une fille qui pèse 3.500 grammes et qui crie aussitôt.

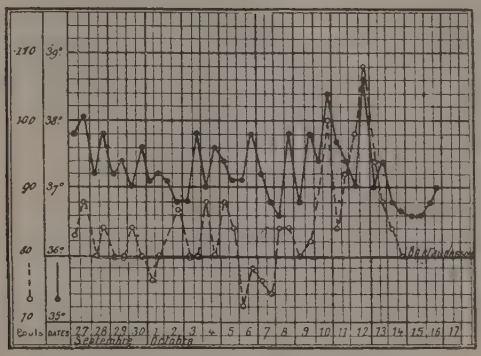
La cavité péritonéale est soigneusement protégée par des compresses.

Un lien élastique est placé autour du segment inférieur.

Des pinces sur les ligaments larges.

On passe la broche et on ampute l'utérus à 3 ou 4 centimètres au-dessus du lien circulaire.

A ce moment, M. Potocki vérifie s'il n'a pas pincé l'intestin dans



Graphique 25.

le lien élastique La trompe simule l'intestin et on constate que celui-ci n'a pas été pris dans la ligature.

Des catguts sont posés sur les artères utéro-ovariennes.

Le moignon utérin est cautérisé au thermocautère.

Suture de la paroi aux gros fils d'argent.

On saupoudre la plaie avec de la poudre d'iodoforme.

A 10 h. 30 la femme est reportée dans son lit.

L'intervention a duré 1 h. 5.

Suites de couches. — 27 *septembre.* — Pendant toute la nuit la malade est calme, et se repose, à 6 heures du matin elle urine spontanément, on lui lave la bouche avec de l'eau de Vichy.

La journée est bonne, la malade se repose, elle urine spontanément trois fois, de temps en temps un petit morceau de glace lui est donné.

28. — La nuit a été très calme. Pendant la journée la malade commence à prendre du lait et de l'eau de Vichy. L'absorption de

0 gr.50 de calomel est suivie de garde-robes abondantes. La malade urine bien.

29. — La nuit est moins calme. La malade a quelques coliques intestinales et deux garde-robes.

30. — La malade est bien, elle dort peu pendant la nuit, mais n'en est pas moins très calme. *L'enfant est mis au sein.*

1[er] *octobre.* — Etat excellent, la malade va à la selle régulièrement, tous les jours, sans lavement.

2. — Etat très bon ; quelques gerçures du mamelon (pansement d'usage). L'enfant n'en continue pas moins à bien téter.

La malade continue à bien aller.

7. — Les fils sont enlevés.

10. — Chute du moignon.

Au bout de 3 semaines, la mère et l'enfant quittent le service en parfaite santé.

L'enfant qui pesait 3.350 grammes à sa naissance avait dépassé son poids de naissance le 5[e] jour et pesait 3.840 grammes à sa sortie.

6. — Année 1903. Obs. 576.

Cancer du col. — Opération de Porro par M. Couvelaire.

H. B..., 31 ans, VI pare. Entre à la clinique, le 27 janvier 1903, enceinte de 5 mois environ, ayant depuis quelques mois des pertes sanglantes et fétides presque continuelles.

Les cinq premières grossesses se sont terminées par des accouchements à terme. Les cinq enfants se présentaient par le sommet. Les trois premiers sont morts à 5 mois, 9 mois et 18 mois. Les quatrième et cinquième enfants sont actuellement vivants. Le cinquième enfant, né le 1[er] mai 1901, a été nourri au sein maternel. L'allaitement au sein fut continué jusqu'en août 1902. La femme le cessa à cette époque parce que depuis quelques semaines, elle perdait du sang d'une façon presque continue et que sa santé commençait à s'altérer.

Les pertes de sang continuèrent et devinrent bientôt fétides.

En décembre, elle perçut des mouvements et se considéra comme étant enceinte.

Enfin perdant toujours, elle se décida à venir consulter à la clinique, le 27 janvier 1903.

A cette époque, on fit les constatations suivantes :

L'état général de la femme n'est pas mauvais ; elle est amaigrie, mais non cachectique. Elle ne souffre pas.

Le fond de l'utérus remonte à 25 centimètres.

Au toucher, le doigt explorateur constate l'existence d'un néoplasme cervical infiltrant la totalité du museau de tanche, s'étendant au cul de-sac vaginal et remontant de ce côté dans la portion sus-vaginale du col.

Ce néoplasme n'est pas bourgeonnant et au niveau du col, il a les caractères d'une infiltration de consistance cartilagineuse.

Le diagnostic posé par M. Pinard fut celui d'épithélioma cervical ayant dépassé la limite du col. M. Pinard conseilla à cette femme de rester à la clinique, lui fit faire matin et soir des irrigations vaginales, avec une solution de chloral. Le fonctionnement de l'intestin fut journellement assuré et la quantité d'urine émise en 24 heures notée chaque jour.

La ligne de conduite adoptée fut la suivante : Mettre la femme dans les meilleures conditions pour assurer l'évolution de la grossesse jusqu'à terme et pratiquer au début du travail l'opération de Porro.

Jusqu'aux premiers jours de mars, aucun phénomène pathologique nouveau ne survint. Les pertes sanglantes persistaient mais n'étaient plus fétides. L'état général restait bon. L'alimentation s'effectuait dans de bonnes conditions. La quantité d'urine émise en 24 heures oscillait entre 1 litre et 1 litre et demi.

L'utérus se développait. Son fond atteignait 31 centimètres le 27 février. La tête fœtale était en bas et sur la paroi antérieure de l'utérus, M. Pinard eut la sensation par le palper de la présence du placenta.

Dès les premiers jours de mars, apparurent des pesanteurs et des douleurs sourdes presque continuelles dans le bas-ventre. Ces douleurs s'accentuèrent vers le 15 mars. En même temps, l'état général qui, jusqu'alors était bon, devint rapidement mauvais, le facies devint cachectique, le teint terreux.

L'utérus se développait régulièrement, et le 1er avril son fond atteignait 34 centimètres. L'enfant était vivant.

Quant au néoplasme, il s'était depuis le mois de janvier notablement étendu du côté droit dans le segment inférieur et le paramètre.

Le 4 avril, vers 3 heures de l'après-midi, apparurent les premières contractions douloureuses. *Membranes intactes.*

L'état du col, du vagin et du segment inférieur rendait illusoire tout espoir d'accouchement spontané par les voies naturelles et ainsi qu'il avait été décidé par M. Pinard, tout fut immédiatement préparé en vue de l'*opération de Porro.*

Opération. — Elle fut pratiquée à 9 heures du soir par M. Couvelaire.

Incision de la paroi abdominale.

Extériorisation de l'utérus. Ponction de la face antérieure et agrandissement au doigt de l'incision qui passe au niveau même du placenta.

L'enfant, extrait vivant, ne tarde pas à crier. C'est une fille, qui pèse 3.220 grammes. D. Bi-P. 9,1. Le placenta est décollé, il pèse 390 grammes.

Un lien élastique est placé sur la partie inférieure du corps utérin qui se présente au niveau même de l'incision abdominale.

Aucune traction n'est exercée, en raison de l'infiltration néoplasique sur le segment inférieur.

Une broche est placée au-dessus du lien et l'utérus amputé. Pansement sec avec compresses stérilisées.

Suture de la paroi abdominale en un plan au fil d'argent.

Durée de l'intervention : 25 minutes.

Suites de couches. — 5 *avril.* — La malade vomit, on ne lui permet que quelques morceaux de glace.

La nuit est calme, miction spontanée : 1 litre.

6. — 4 heures du matin. La malade vomit.

Dans la matinée, nouveau vomissement verdâtre.

Lavage de la bouche à l'eau stérilisée.

Alimentation : eau stérilisée et glace.

Lavement de vin. Pas de garde-robe. Urines 1 litre 1/2.

7. — Etat bon.

Aliment. Eau stérilisée et glace.

Toilette vaginale et vulvaire matin et soir.

Injection vaginale au chloral.

Emission de gaz, urines 1 litre 1/2.

8. — Matin. La nuit a été bonne.

M. Couvelaire fait le pansement et remplace le drain par un autre plus petit.

Toilette vaginale et vulvaire.

Alimentation : potages, lait, eau stérilisée.

Soir, un lavement de vin. Garde-robes abondantes.

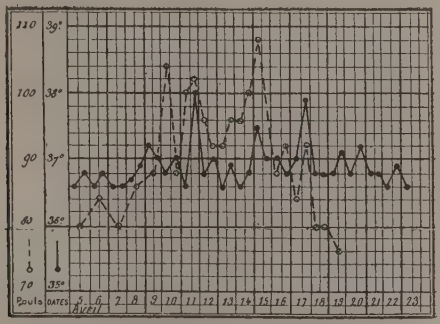
Toilette vaginale et vulvaire. Ventre souple.

Nombreux gaz. Montée laiteuse abondante.

9. — La nuit a été calme.

Alimentation : lait, potage, tisane.

Garde-robe spontanée.



Graphique 26.

10. — La malade va bien. Pouls à 100. Lavement de vin. Garde-robes abondantes. 1 litre d'urine.

Aliment : potage, lait, 2 œufs, champagne.

Pansement : le drain est retiré.

Dans les jours qui suivent, l'état continue à être excellent. La malade dort pendant la nuit, s'alimente. Elle urine en moyenne 1.300 grammes d'urines en 24 heures.

15. — Les fils sont retirés.

20. — Chute du moignon. Lavage à l'aniodol, une gaze iodo-

formée est mise au niveau de la plaie. Au-dessus on met des gazes stérilisées.

Au point de vue opératoire, la malade va bien ; mais la cachexie s'accentue.

1er *mai.* — La malade quitte le service. L'enfant pèse, à sa sortie, 2.810 grammes.

§ 4. — Utérus fixés par des adhérences

Nos	ANNÉES	OBSERVATIONS	INDICATIONS	FEMME	ENFANTS	PAGES
			1° Opérations de Porro.			
1	1901	276	Hystéropexie pendant la grossesse. Présentation de l'enfant. Version impossible (1).....	V.	V.	
2	1905	617	Adhérences consécutives à une césarienne faite en 1902.....	V.	V.	163
			Total : 2 opérations. 2 femmes vivantes. 2 enfants vivants.			
			2° Hystérectomies.			
1	1903	212	Utérus fixé en rétro-latéro-version par des adhérences périmétritiques.....	V.	V.	166
2	1907	605	Adhérences dues à une hystéropexie antérieure.....	V.	V.	170
			Total : 2 opérations. 2 femmes vivantes. 2 enfants vivants.			

Dans les quatre cas que nous avons pu recueillir et qui se trouvent résumés dans le tableau précédent, deux fois les adhé-

(1) L'observation recueillie par M. Varnier pour être publiée ultérieurement n'a pu être retrouvée.

ces étaient dues à des hystéropexies, une fois à des adhérenrences périmétriques constatées chez une femme n'ayant jamais présenté d'antécédents génitaux pathologiques, une fois, enfin, elles étaient consécutives à une opération césarienne conservatrice remontant à deux ans et demi.

Dans l'analyse de ces documents, une chose nous frappe, c'est la gravité de la dystocie causée par des *adhérences localisées*, ayant maintenu en position irréductible une portion seule de l'utérus (Obs. Hyst. 1, 1903, 212, p. 166 ; Obs. Hyst. 2, 1907, 605, p. 170).

Nous reportant au rapport sur l'influence de l'hystéropexie et des grossesses ultérieures présenté par M. Oui au congrès de Rouen le 11 avril 1904, et à la leçon faite à la clinique Baudelocque à notre maître M. le professeur Pinard, le 4 juin 1907, à propos du cas relaté de l'observation hystéropexie, 2, 1907, 605, p. 170), nous disons que :

Aussi bien pendant la grossesse que pendant le travail, des deux procédés d'hystéropexie les plus usités, l'hystéropexie abdominale (ventro-fixation), hystéropexie vaginale (vaginofixation), c'est le second qui expose la femme aux accidents les plus graves.

Le maximum de chances défavorable en ce qui concerne l'évolution de la grossesse et les difficultés rencontrées au cours du travail résident en ce fait que : l'*utérus est solidement fixé par son fond.*

Souvent la grossesse évolue jusqu'au terme, mais souvent aussi on note des présentations de l'épaule irréductibles. Le fœtus pendant les derniers temps de la grossesse et, au moment même de l'accouchement, reste en situation très élevée, du fait, soit de la situation très élevée de l'utérus lui-même, soit du développement irrégulier de l'utérus fixé par son fond

et sa face antérieure, développé surtout aux dépens de sa face postérieure non adhérente.

L'hystéropexie surtout, si elle est vaginale, abdominale et solidement faite tout près de la symphyse pubienne, place l'utérus en antéversion et flexion exagérée, entraîne un développement exagéré de la paroi postérieure, une coudure à angle droit du col, et de ce fait, un amincissement extrême du segment inférieur au moment où surviennent des contractions utérines (obs. Hyst. 2, 1907, 607, p. 170).

Les adhérences périmétritiques postérieures relatées dans l'observation Hyst. 1, 1903. 212, p. 166, ont entraîné un développement anormal de la face antérieure de l'utérus, ont placé l'utérus en rétro-latéro-version, la coudure du col à angle droit et ont occasionné au moment du travail une distension énorme du segment inférieur, au point qu'on pouvait en craindre la rupture.

Bien moins graves sont les accidents occasionnés par les adhérences utéro-pariétales consécutives à une opération césarienne conservatrice (obs. Porro, 2, 1905, 617, p. 163).

L'utérus adhérent à la paroi sur toute son étendue s'était normalement développé.

En face de cas de ce genre, quelle doit être la conduite à tenir ?

Si le travail traîne en longueur, si les contractions utérines n'ont d'autre effet que de distendre d'une façon exagérée le segment inférieur, du fait de l'attitude vicieuse et irréductible du col, si le fœtus est en position transversale immuable, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, il faudra avoir recours à la voie haute et agir *suivant le procédé qu'imposeront les circonstances*.

Si, comme dans l'observation (obs. Porro, 1901, 276, ; 2,1905,617,p. 163),les adhérences peuvent être détruites, l'uté-

rus peut être luxé hors de la cavité abdominale et amputé au-dessous de la zone d'adhérences, c'est au procédé simple de Porro qu'il faudra avoir recours, en ayant soin de drainer, car *toujours les adhérences saignent.* Dans le cas que nous avons recueilli le succès a été complet pour la mère et pour l'enfant, les suites opératoires n'ont présenté aucun incident particulier.

Mais il faut se souvenir qu'on peut, dans d'autres cas, se trouver en face d'une dystocie des plus graves. En présence des difficultés très grandes que l'on éprouve à décoller les adhérences, à luxer l'utérus, on se trouve amené à pratiquer une intervention des plus délicates, que, seul, un opérateur rompu à la pratique chirurgicale pourra mener à bien. Il faudra, après avoir sculpté, pour ainsi dire toute la partie de l'utérus adhérente aux organes voisins (vessie, côlon iléo-pelvien, intestins) menacés de déchirures, avoir recours soit à l'hystérectomie totale (obs. Hyst. 1, 1903, 212, p. 166), soit à l'hystérectomie supra-vaginale (Hyst. 2, 1907, 605, p. 170). Les surfaces décollées saignent abondamment et, ici, plus que jamais, l'opération est longue et l'hémostase d'autant plus difficile que l'utérus est gravide. Dans les deux cas opérés à Baudelocque, dans les plus parfaites conditions, puisque c'est M. le professeur Segond qui fut chargé de l'intervention, les deux opérations, longues et difficultueuses, se sont terminées par un succès complet, mais les deux opérées ont eu des suites de couches troublées, l'une par une fistule vésicale (Hyst. 1, 1903, 212), l'autre par une phlegmatie alba dolens double (obs. Hyst. 2, 1907, 605).

OBSERVATIONS

1° OPÉRATION DE PORRO

1. — Année 1905. Obs. 617.

Opération césarienne conservatrice en 1902, par M. Baudron.
Opération de Porro, par M. Sauvage, en 1905.

D. E..., 28 ans, IIpare.

1re grossesse terminée le 11 avril 1902, à Baudelocque. Opération césarienne par M. Baudron. Enfant pesant 3.240 grammes, mort à 11 mois (V. Fonctionnement de 1902, obs. 593, p. 73. *Bassin coxalgique* (*coxalgie bilatérale. Pr.-s.-P. : 8 c. 5*).

A sa sortie du service, le 15 mai 1902, la femme va en convalescence à l'asile du Vésinet, où elle continue à allaiter son enfant.

Au bout d'un mois, elle retourne chez elle et envoie aussitôt son enfant dans le département du Loiret, chez une nourrice mercenaire qu'elle ne connaît pas. L'enfant est élevé exclusivement au biberon jusqu'à 7 mois. La mère va le voir au mois de juillet et au mois d'août, et le trouve en bon état.

A partir de 7 mois, l'enfant est élevé au lait de vache, aux soupes et aux bouillies. Il meurt au mois de mars 1903, subitement, sans avoir jamais présenté de troubles digestifs ni autres, au dire de la nourrice (?).

Après sa sortie du Vésinet, la femme reprend ses occupations de couturière, piquant à la machine. Elle dit s'être toujours très bien portée et n'avoir ressenti aucun malaise depuis l'opération.

Les règles se montrent pour la dernière fois du 27 au 31 juillet 1904. La grossesse évolue sans incident, la femme continue à travailler et à piquer à la machine.

Le 11 avril, elle entre au dortoir de la clinique. M. Couvelaire, qui l'examine, fait remarquer le défaut de mobilité de la paroi abdominale sur l'utérus.

Apparition de contractions utérines douloureuse, le 23 avril, à 1 h. 30 matin. 15 minutes après, rupture précoce des membranes.

La femme est transportée à la salle de travail où M. Sauvage l'examine.

A 2 h. 30 du matin, il fait ces constatations : Sur le ventre, cicatrice opératoire, longue de 17 centimètres, régulière et fortement pigmentée. Fond de l'utérus à 36 centimètres au-dessus du pubis. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche Bruits du cœur fœtal normaux. Ecoulement par la vulve de liquide amniotique d'aspect normal. Bords de l'orifice dilatables comme 1 franc. Contractions utérines énergiques et revenant régulièrement toutes les deux minutes environ.

Pendant que l'on prépare ce qui est nécessaire, pour une opération césarienne, les contractions utérines deviennent subintrantes. La femme crie et s'agite. Les bruits du cœur restent normaux.

Opération. — Intervention par M. Sauvage, aidé de M. Mouchotte, à 4 h. 30 du matin. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie. L'incision de la paroi est commencée au bistouri, sur la partie inférieure de la cicatrice, et la dépasse légèrement par en bas (2 à 3 cent.). Le doigt, introduit dans le péritoine par l'ouverture qui vient d'y être faite, se trouve bridé de tous côtés, sauf en bas, par des adhérences. L'incision est continuée aux ciseaux en suivant la cicatrice La paroi est intimement unie à l'utérus. En avant des ciseaux, l'index guide doit creuser à petits coups un tunnel au milieu d'adhérences solides et résistantes.

La symphyse péritonéale ne cesse qu'à 4 travers de doigt environ au dessus de l'ombilic. Au-dessus de la zone d'adhérences l'épiploon apparaît dans la plaie La section est arrêtée à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la cicatrice. Les lèvres de la plaie restent adhérentes à l'utérus dans les 2/3 inférieurs. Libération de l'utérus. De chaque côté de l'incision, l'utérus est adhérent à la paroi dans près de ses deux tiers inférieurs. Les adhérences sont intimes au voisinage de l'incision. L'utérus est soudé à la paroi. Ces adhérences sont décollées avec le doigt ou sectionnées aux ciseaux lorsqu'elles sont trop résistantes pour se laisser effondrer. La dissection est particulièrement difficile à gauche de l'incision où les ciseaux doivent couper en pleine paroi utérine dans l'étendue d'une petite paume de main. En dehors de cette zone centrale, l'utérus est encore rattaché à distance à la paroi par de solides tractus fibreux dont le plus important est

large de près de trois travers de doigt. Au devant du fond de l'utérus, deux ou trois brides épiploïques adhèrent encore à la paroi.

Après la section de ces brides périphériques, l'utérus se trouve définitivement libéré. Luxation de l'utérus hors du ventre. Des champs placés autour de lui protègent le péritoine. Incision de l'utérus commencée par en bas, au bistouri, et continuée aux ciseaux. On ne rencontre pas le placenta.

Extraction de l'enfant qui est en état d'apnée. Bien que l'hémorragie soit peu considérable, l'hémostase est assurée en enserrant avec la main le segment inférieur. Extraction du placenta inséré sur la paroi postérieure et le bord droit à la partie moyenne de l'utérus. Amputation de l'utérus et des ovaires suivant la technique de Porro.

L'enfant, né en état d'apnée, pousse un premier cri après quel-

Graphique 27.

ques minutes. C'est un garçon du poids de 3.000 grammes. D. Bi-P. 9. Placenta 500 grammes.

Suites de couches. — Pansement les 2e et 5e jours. Pansement le 9e jour (ablation des fils). Pansement le 12e jour. Chute du pédicule le 15e jour.

Mère et enfant quittent le service, en bon état, le 26e jour. L'enfant pesait 2.770 grammes le lendemain de l'opération, il recouvrait son poids de naissance seulement le 21e jour. Il pesait 3.290 grammes à sa sortie. Revu le 12 août au retour de la mère du Vésinet. Poids : 5.335 grammes.

2e HYSTÉRECTOMIES

1. — Année 1903. Obs. 212 (*Ann. Gyn.*, juillet 1903).

Ipare. — Utérus fixé en rétro-latéro-version par des adhérences périmétritiques. — Césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, grande, vigoureuse habituellement bien portante.

Elle a été réglée à 14 ans régulièrement. Les règles abondantes et douloureuses duraient 5 à 6 jours.

Elle se marie à l'âge de 26 ans. Les mentruations restent douloureuses, mais les caractères de la douleur se modifient, au lieu d'une douleur diffuse dans le bas-ventre, c'est un *point douloureux* à *gauche*. Dans l'intervalle des menstruations, elle ne souffre pas et n'a jamais eu de pertes.

Depuis quelques années les règles tendent à se rapprocher et à devenir plus abondantes.

Ce sont là les seules manifestations pathologiques que l'interrogatoire le plus serré permet de retrouver dans l'histoire de cette femme.

Elle ne devient enceinte qu'en 1902, après dix ans de mariage.

Les dernières règles datent du 20 au 25 mars 1902. Jusqu'en septembre, il ne survient rien d'anormal. Pas de pertes, pas de douleurs, pas de troubles de la miction. Habituellement constipée, elle est obligée de prendre, chaque jour, soit un laxatif, soit un lavement.

Le 15 septembre, au retour d'un voyage en Normandie, *elle perdit du sang*, en petite quantité (sang liquide et quelques caillots). Ces pertes sanglantes persistent jusqu'à la fin de novembre ; apparaissant d'une façon intermittente (tous les 8 à 10 jours), elles ne furent jamais très abondantes. Le repos au lit lui fut conseillé, elle le garda jusqu'au 1er décembre.

Des traces d'albumine, constatées à cette époque dans ses urines, disparurent sous l'influence du régime lacté.

Enfin, vers la fin de la grossesse, les mictions devinrent plus fréquentes.

Malgré tout, la grossesse évoluait sans que la santé de cette femme fût en quoi ce soit altérée

Le 28 janvier, dans la nuit, *soit* 305 *jours après le dernier jour des dernières règles*, surviennent quelques douleurs. En même temps, *elle perd du sang*.

Elle fait immédiatement prévenir sa sœur qui est sage-femme et qui devait l'assister pour son accouchement.

Cette sage-femme constate que le liquide qui s'écoule des parties génitales est *teinté de méconium* ; elle reconnaît une *présentation de l'épaule*, tente de faire une version par manœuvres externes, mais ne réussit pas à ramener la tête au-dessus du détroit supérieur.

Dans la journée du 29, deux médecins tentent la version par manœuvres externes sans plus de succès, il n'y a toujours pas de travail franc. L'enfant est vivant.

Les choses restent dans cet état jusqu'au 2 février. De guerre lasse, les deux médecins et la sage-femme font appel à un troisième médecin, qui donne le conseil de demander l'avis de M. Pinard.

M. Pinard constate, à son tour, l'*irréductibilité de l'attitude* du fœtus. La tête fœtale, bloquée dans la fosse iliaque gauche, soulève fortement la paroi abdominale. Elle est à fleur de peau. La main qui palpe en délimite facilement les contours et n'en est séparée que par une très mince épaisseur de tissu. Le siège est immobilisé sous les fausses côtes droites. Entre ces deux pôles, suivant le dos, on mesure au ruban métrique 45 centimètres.

La portion de l'organe gestateur accessible au palper est moulée sur le fœtus, elle semble très mince. Lors de ce premier examen, M. Pinard ne perçoit pas, à son niveau, de contractions. Quant à mobiliser le fœtus, il n'y faut pas songer :

« *Il semble absolument encastré, maçonné dans la cavité abdominale, comme dans certains cas de grossesse ectopique.* »

Pratiquant le toucher, M. Pinard constate que : *l'excavation pelvienne est vide.* Le col a toute sa longueur. Son orifice externe, facilement accessible, est situé près de la ligne médiane de la moitié gauche du bassin. Le col monte obliquement vers la gauche et un peu en avant. Le doigt, qui pénètre facilement dans l'orifice externe entr'ouvert, chemine à l'aise dans la cavité cervicale spacieuse, mais ne peut atteindre l'orifice interne. Le cul-de-sac gauche est étroit et

profond. Il semble étiré sur le haut ; le doigt explorateur en atteint difficilement le fond.

Par contre : *Dans le cul-de-sac latéral et latéro-postérieur droit fait saillie une tuméfaction molle, élastique, proéminant fort peu dans l'excavation et immobilisée à l'entrée du bassin.*

Les contours ne sont pas nettement définis. On ne peut, par le palper abdominal combiné au toucher, délimiter facilement cette tuméfaction qui ne dépasse pas le plan du détroit supérieur et qui *semble faire corps avec le segment inférieur de l'utérus.*

Par les organes génitaux s'écoule un liquide teinté de méconium.

De l'ensemble de ces constatations ne se dégageait aucun diagnostic précis. Aussi M. Pinard décida t-il de faire transporter la parturiente à la clinique Baudelocque, et d'y pratiquer un nouvel examen sous chloroforme.

Ce second examen eut lieu le 4 février, à 10 heures du matin, c'est-à-dire 316 *jours après la fin des dernières règles.* Entre temps, une constatation nouvelle avait été faite, on avait perçu nettement plusieurs contractions.

La femme est toujours en parfait état de santé. T. 37°. Pouls 88. Elle avait dormi la nuit précédente et conservait sa belle humeur malgré l'agitation de son entourage et cette série de consultations qui se succédaient depuis 7 jours.

L'enfant était vivant.

Après l'examen sous chloroforme un seul point resta acquis : *L'obliquité irréductible de l'utérus et la fixation du segment inférieur anormalement distendu par la tête fœtale bloquée de la fosse iliaque gauche.*

La durée du séjour du fœtus dans la cavité utérine se prolongeait comme dans les cas où il existe du côté d'un côlon du segment inférieur, un obstacle à la dilatation.

L'enfant souffrait depuis 7 jours. Pour lui les heures étaient comptées : en pareille occasion, la mort est la conséquence fatale de la temporisation. De plus, cet enfant, déjà atteint dans sa vitalité, ne devait subir, pour naître vivant, que le minimum de traumatisme. Quant à la mère, elle se trouvait dans une situation qui, pour être bonne en apparence, menaçait de devenir pleine de périls. L'apparition de contractions utérines aussi bien que les manœuvres de dila-

tation sur ce col de primipare encore long et sur ce segment inférieur immobilisé et anormalement distendu devaient conduire presque fatalement, et ayant la pièce en main, on peut dire fatalement à la rupture du segment inférieur.

Dans ces conditions, M. Pinard décida de pratiquer sur-le-champ, la laparotomie, d'extraire l'enfant par section césarienne et d'amputer l'utérus suivant le procédé qu'imposeraient les circonstances.

Opération. — A 11 heures du matin, M. Segond pratiquait la laparotomie. L'utérus est incisé sur la ligne médiane le long du bord antérieur du placenta L'enfant vivant, tout encroûté d'enduit sébacé teinté de méconium, est extrait par M. Pinard.

Le placenta, inséré sur la partie latérale droite du corps utérin, est rapidement décollé.

Sur le fond de l'utérus qui ne peut être complètement luxé, court transversalement une longue anse intestinale qui est soigneusement décollée. La face postérieure de l'utérus est, dans toute son étendue, adhérente à la paroi postérieure abdomino-pelvienne, à l'intestin, au colon iléo-pelvien ; M. Segond décolle à grand'peine ces adhérences et libère ainsi la face postérieure de l'utérus.

Dans la fosse iliaque gauche s'affaisse la vaste poche adhérente que forme le segment inférieur surdistendu et flasque Les surfaces décollées saignent abondamment. M. Segond pratique alors rapidement l'hystérectomie, sculptant, pour ainsi dire, tout le segment inférieur intimement adhérent aux organes voisins, pinçant les vaisseaux au fur et à mesure qu'il les rencontre, en commençant par le ligament large gauche pour finir par le droit, après avoir ouvert le vagin.

Des ligatures à la soie sont placées, une petite déchirure vésicale est suturée. La paroi abdominale est suturée par un plan de fil d'argent.

Drainage vaginal.

Drainage abdominal double (cavité pelvienne et région vésicale) avec des tubes et des mèches de gaze stérilisée.

Une sonde de Malécot est placée dans la vessie.

Suites opératoires. — Elle ne furent compliquées que par la persistance jusqu'au 15 mars d'une fistulette vésicale à l'angle supérieur de la plaie.

A partir du 15 mars, cette fistulette fut définitivement oblitérée.

La mère quitte le service le 38e jour en parfaite santé.

L'enfant pesait 3.590 grammes à sa naissance et 4.140 grammes à sa sortie, il est allaité par sa mère.

2. — Année 1907. Obs. 605.

Hystéropexie antérieure. — Adhérences. — Hystérectomie supra-vaginale par M. Segond.

Laurence C..., 39 ans, ménagère, VIIpare, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Réglée pour la première fois à l'âge de 10 ans. Le fut régulièrement jusqu'à 24 ans ; depuis, ses règles sont irrégulières et durent, en moyenne, 3 jours.

Aucun antécédent pathologique jusqu'en février 1895, époque à laquelle, M. Lejars, à l'hôpital Baujon, pratique une laparotomie pour salpingo-ovarite gauche et rétroflexion utérine, et qui se termina par :

L'ablation des annexes gauches et une hystéropexie complémentaire.

Accouchements antérieurs : I et IV. 1891 (Baujon) et 1901 (Boucicaut), terminés spontanément et à terme par l'expulsion d'enfants élevés au sein, bien portants.

La femme ne fut pas réglée dès le premier allaitement.

II. juin 1899 (chez elle). Expulsion au 9e mois d'un fœtus mort et macéré. Retour de règles : 6 semaines après.

III. juin 1900. Accouchement terminé spontanément et à terme par l'expulsion d'un enfant mort pendant le travail.

V et VI. Avortements à 4 mois 1/2, faits tous deux à Saint-Antoine, suivis de rétention placentaire ayant nécessité un curettage fait le premier, 6 jours après l'avortement, le deuxième, 4 jours après.

Chaque fois : retour des règles 6 semaines après.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 3 au 6 juin.

Le 21 mars, elle est admise au dortoir de la clinique Baudelocque, où M. Mouchotte fait les constatations suivantes :

Présentation du plan latéral, tête dans la fosse iliaque gauche très en arrière, autre pôle dans le flanc droit Rien au détroit supérieur.

M. Mouchotte et Mlle Roze tentent la version par manœuvres externes sans résultats. Une ceinture entocique est appliquée afin de maintenir le fœtus dans la position la plus verticale possible. On met des tampons à droite et à gauche.

Malgré tout ce que l'on peut faire, la tête reste toujours immobile dans la fosse iliaque gauche, le pôle pelvien, plus facilement mobilisable, peut être ramené au fond de l'utérus.

L'utérus est très sensible, au moindre contact, il a des contractions indolores qui durent 5 minutes.

Le 8 avril, M. Pinard examine la femme, et déclare qu'il est impossible de mobiliser la tête. Il conseille de surveiller attentivement la femme et d'attendre.

Le 15 *avril, à 7 heures du matin*, apparition des premières contractions utérines douloureuses qui ne tardent pas à devenir très rapprochées. L'utérus se tétanise, et il est impossible, au palper, de sentir autre chose que la tête qui est toujours immobile dans la fosse iliaque gauche.

Le col sur lequel on arrive à bout de doigt, a tout sa longueur, il est « *très haut situé, en avant et à gauche* ».

Midi. Les contractions sont de plus en plus rapprochées, l'état du col ne se modifie pas : Pouls, 104.

M. Pinard examine la femme et décide d'intervenir par la voie haute, si, le soir, les choses sont dans le même état.

4 h. soir. Rien n'est changé. Le col est dans le même état, au toucher, le doigt ramène des glaires sanguinolentes. Bruits du cœur bons.

7 h. soir. M. Pinard examinant la femme et trouvant que le travail n'a fait aucun progrès, décide d'intervenir

Opération. — 7 h 1/2 du soir, par M. Segond.

Après incision de la paroi abdominale (ayant légèrement entamé la paroi utérine), l'utérus est luxé hors du ventre.

Incision utérine et extraction de l'enfant.

L'incision, que l'on croyait faite sur la paroi antérieure de l'utérus gravide, a porté, en réalité, sur le fond et la face postérieure de l'organe. Elle est voisine de la corne gauche fixée solidement au-dessus du pubis Cette région fixée sur une surface égale à une petite paume de main, répond, d'une part à la partie inférieure

gauche de l'incision abdominale, d'autre part à la partie inférieure de l'incision utérine. Il est facile de passer un doigt en arrière de cette partie adhérente de l'utérus, dans un cul-de sac limité par la vessie et la partie gauche de la face antérieure de l'utérus.

Le fond du cul de-sac est facilement effondré

La partie adhérente est ainsi isolée, chargée sur un clamp et sectionnée.

La section a porté sur la paroi utérine. Un fragment de muscle utérin est resté adhérent à la paroi abdominale (il en sera détaché ultérieurement).

Des adhérences lâches fixant le bord gauche de l'utérus au côlon sont facilement rompues.

L'utérus, ainsi libéré, est amputé au-dessus des insertions vaginales.

Ligature des utérines et de l'utéro-ovarienne droite.

Fermeture et fixation du moignon à la paroi.

Un drain est placé derrière le moignon.

Suture abdominale (1 plan à la soie).

Suites de couches. — 15 *avril.* — 350 grammes de sérum salin.

16. — 1/2 seringue de morphine à 1 heure du matin

Urines : 750 grammes.

17. — Pansement. Aspiration par le drain. La mèche vaginale est enlevée, elle dégage une odeur fétide.

Lavement évacuateur, suivi de garde-robes abondontes. Urines : 1.500 grammes.

A 1 heure du matin : 1/2 seringue de morphine.

18. — A 11 heures du matin. Douleurs abdominales atroces, la malade crie et s'agite : 1/2 seringue de morphine.

Lavement de vin glacé, pas de garde-robes.

Urines, 750 grammes.

20 grammes d'huile de ricin.

Pendant la nuit. La malade souffre toujours, est agitée, on lui fait 1 seringue et demi de morphine.

19. — Urines, 1.000 grammes.

20 grammes d'huile de ricin.

Pas de morphine.

20. — A 5 heures du matin, 1 cuillère à soupe d'huile de ricin.

A 10 heures du matin. Pansement, on aspire par le drain une cuillerée à soupe de liquide rouge sentant extrêmement mauvais.

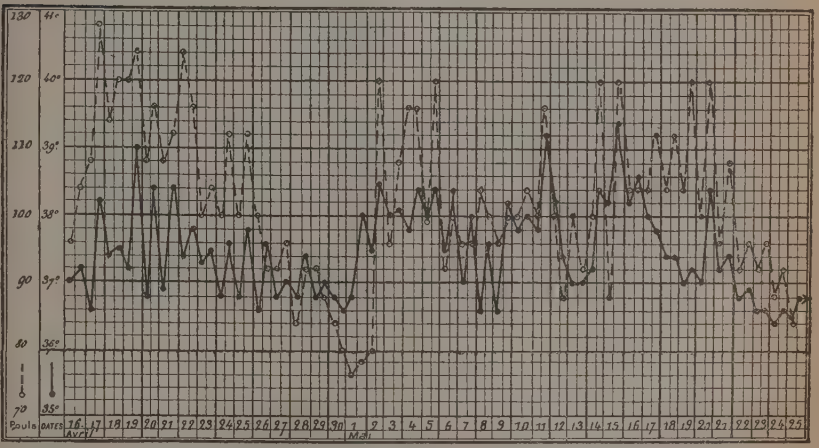
24. — 1 litre 1/2 d'urines. Un peu de suppuration autour des pointes de suture.

25. — 1 litre 1/2 d'urines. Les fils sont enlevés. On fait un pansement à l'alcool.

26. — 1 litre 1/2 d'urines : pansement. On aspire 10 gouttes de liquide jaunâtre.

1er *mai*. — Douleur au niveau du mollet gauche. Température locale.

2. — La douleur au niveau du mollet est plus forte ; le membre



Graphique 28.

est placé dans une gouttière, et entouré de compresses au chlorhydrate d'ammoniaque.

Sérum antistreptococcique : 80 grammes.

Le soir : 1 seringue de morphine.

3. — La malade est mise sur un lit Erbe

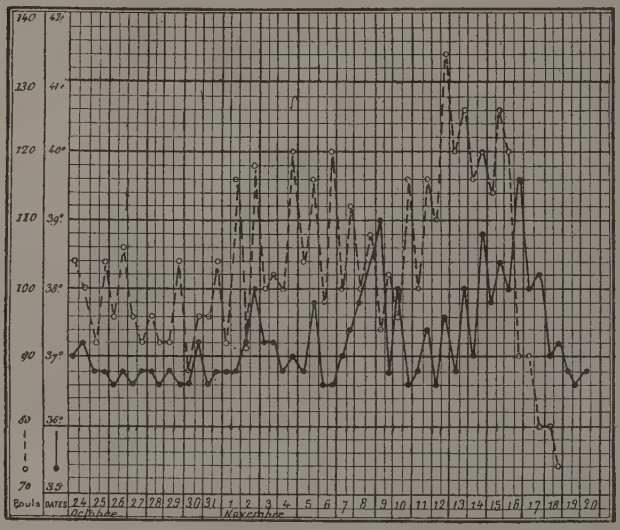
Sérum antistreptococcique : 80 grammes.

4. — Sérum antistreptococcique : 80 grammes.

5. — Pansement au chlorhydrate d'ammoniaque.

La phlegmasie suit son cours normal, le membre inférieur droit se prend à son tour.

3 *juin*. — A la visite, la malade demande à partir, arguant que sa fillette âgée de 5 ans souffrait de son absence et était malade. Crai-



Graphique 28 *bis*.

gnant une embolie, on insiste pour la faire rester à la clinique. Malgré les conseils réitérés, elle part le 4 juin en ambulance.

L'*enfant* pesait 3.600 grammes le lendemain de l'opération, il rattrape son poids de naissance le 19e jour, il quitte le service en même temps que sa mère, en bonne santé et pesant 3.950 grammes. Il est allaité par sa mère.

CHAPITRE II

UTÉRUS INFECTÉS

1° Opérations de Porro.

Nos	ANNÉES	OBSERVATIONS	INDICATIONS	T. (1)	P.	FEMME	ENFANTS	PAGES
1	1896	786	Bassin rachitique...	38.1		V.	V.	182
2	1898	909	Putréfaction fœtale. Physométrie.....	38.8		M.	Mort avant la naissance.	184
3	1899	1384	Bassin vicié.....	39.2		M.	id.	187
4	1900	1554	Rigidité du col.....	39.4		M.	id.	190
5	1901	513	Rigidité du col	38	144	V.	id.	193
6	1901	1270	Bassin rachitique...	38.6	104	V.	M.	195
7	»	1435	Bassin rachitique...	38.2	134	V.	V.	197
8	1902	1995	Fibrome du segment inférieur remplissant l'excavation..	37.8	156	V.	Mort avant la naissance.	198
9	1903	1427	Sténose du col.....	37.9		V.	V.	202
10	1905	1445	Bassin cyphotique..	37.8	128	V.	V.	206
11	1907	1144	Bassin rachitique, rupture prématurée des membranes. Œdème du segment inférieur. Physométrie			V.	Mort avant la naissance.	209
12	»	1210	Sténose de l'orifice interne Mort du fœtus. Physométrie .			V.	Mort avant la naissance.	213
13	»	1986	Bassin rachitique. Dilatation stationnaire. Liquide vert purée. Œdème du segment inférieur.			V.	V.	216

(1) T = Température de la femme avant l'opération.
P = Nombre de pulsations avant l'opération.

TOTAL : 13 interventions. Résultats : Mères, 10 guérisons.
Enfants : 7 morts avant la naissance.
— 1 enfant était vivant, mort 3 jours après.
— 5 enfants vivants.

2° Hystérectomie totale.

1	1897	180	Bassin rachitique. Rupture prématurée des membranes. Liquide vert purée. Fétide....	M.	V.	219

Résultat : 1 opération. 1 femme morte.

Nous avons groupé nos observations sans tenir compte de la cause de la dystocie. Ici, un seul fait domine, c'est l'infection quel qu'en soit le degré.

Deux cas peuvent se présenter.

1° Dans le *premier cas*, pour une raison quelconque :

A. Rétrécissement du bassin (Porro, 1,1896, obs. 786, p. 182 ; Porro, 6,1901, obs. 1270, p. 195 ; Porro, 7, 1901, obs. 1435, p. 197 ; Porro, 10, 1905, obs. 1445, p. 206 ; Porro, 13,1907, obs. 1986, p. 216 ; Hystérectomie 1897, obs. 180, p. 219).

B. Tumeur (Porro, 8, année 1902, obs. 1995, p. 198).

C. Sténose de l'orifice cervical (Porro, 5, 1901, obs. 513, p. 193 ; Porro, 9, 1903, obs. 1427, p. 202).

Une femme se trouve dans l'impossibilité d'accoucher par les voies naturelles, les membranes sont rompues depuis plus ou moins longtemps, le liquide qui s'écoule est teinté de méconium, il commence à sentir mauvais et tantôt, il y a une infection locale des voies génitales, tantôt la température, au cours d'un travail laborieux, s'élève au-dessus de la moyenne, le pouls s'accélère, *mais l'enfant est vivant*. Quelle conduite tenir ? Une première chose s'impose, c'est l'évacuation immédiate de l'utérus. Il y a intérêt, à tout prix, à agir vite pour éviter à l'enfant déjà compromis de succomber, pour éviter à la femme que l'infection, *quelles que soient les précautions prises* ainsi que l'a montré M. Pinard dans sa leçon clinique du lundi 16 décembre 1907, ne prenne une allure plus rapide et, partant, infiniment plus grave. Ainsi que nous l'avons déjà dit, la question de la conservation de l'utérus ne se pose pas. Et, ici encore, quoiqu'on ait pu dire que l'hystérectomie totale avait l'avantage de ne pas laisser dans l'organisme maternel une portion de segment inférieur et de col infecté, il ne semble pas que cette opération ait, jusqu'à présent, donné des résultats bien encourageants. Nous ne pouvons fonder de ju-

gement sur l'unique cas d'hystérectomie totale que nous avons pu recueillir (Hyst 1, 1897, 180, p. 219). Pratiquée à Baudelocque malgré les conditions les plus parfaites qui paraissaient devoir assurer toutes les chances de succès, l'opérée succomba.

Quoi qu'il en soit, M. Pinard ne pratique plus l'hystérectomie totale dans les cas d'utérus infectés et, ici encore, ainsi que le montrent nos résultats, *sur sept opérations de Porro citées plus haut, pratiquées sur des femmes ayant déjà des utérus infectés, mais dont le produit de conception vivait encore, aucune des opérées n'a succombé*, un seul enfant est mort pendant les suites de couches Ces résultats sont assez éloquents pour qu'il soit permis de ne pas insister.

2° *Dans le second cas* que nous avons à envisager, un nouvel élément apparaît, qui rend les circonstances tout autres, plus délicate la conduite à tenir, et qui contribue à rendre le pronostic de l'intervention infiniment plus sombre. Cet élément nouveau, c'est la *mort du fœtus, dans l'œuf ouvert.* Avec *une extrême rapidité, quels* [*que soient les soins dont la femme est entourée, quelles que soient les précautions antiseptiques prises*, une complication d'une extrême gravité peut apparaître, c'est la *putréfaction fœtale* et *la physométrie.* Aussitôt surgissent les symptômes généraux les plus alarmants, la température, qui jusque-là s'était maintenue de quelques dixièmes de degrés au-dessous de la moyenne, s'élève aux environs de 40°, l'état de la femme déjà épuisée par un travail infructueux, s'altère, le pouls s'accélère. Un signe physique apparaît qui témoigne de la rapidité et de la gravité de l'infection : C'est l'infiltration par des gaz des tissus du fœtus (augmentant encore la dystocie), et des tissus maternels rendus inextensibles et que le moindre traumatisme peut rupturer.

Que faut-il faire ? Toutes les fois que le fœtus a succombé, dans la crainte du danger de putréfaction rapide, plus que ja-

mais, il faut agir vite, il y a indication urgente de délivrer la femme, de vider l'utérus infecté, surtout, s'il est œdématié dans son segment inférieur, par l'accumulation des gaz, et, partant, menacé de rupture.

Si la dilatation est complète, ou presque complète, du fait que l'enfant est mort, il sera traité comme un corps étranger et morcelé, soit par la craniotomie, soit par la basiotripsie.

Mais la dilatation est incomplète, soit du fait de la position élevée de la tête au-dessus d'un détroit supérieur rétréci ou obstrué par une tumeur (Porro, 2, 1898, obs. 909, p. 184 ; II, 1907, obs. 1144, p. 209), soit du fait d'une sténose de l'orifice cervical (Porro, 12, 1907, obs. 1210, p. 213), selon l'avis donné par M. Couvelaire (1).

Que peut-on attendre de l'expectation ?

Pas de contraction, c'est la menace de voir la putréfaction intra-utérine infecter tout l'organisme. Contraction suffisante pour compléter la dilatation, c'est la menace de voir se rompre un segment inférieur déjà œdématié.

Il faut donc intervenir.

La simple craniotomie n'est pas de mise en raison de constatations qui contr'indiquent l'expectation.

La basiotripsie (sur un col incomplètement dilaté, mais dilatable) nécessite une manœuvre manuelle ou instrumentale (ballon de Champetier), au cours de laquelle il est impossible d'éviter la déchirure du col œdématié : et il est presque certain, qu'en dépit des précautions prises, cette déchirure pourrait s'étendre au segment inférieur œdématié (2).

(1) A. Couvelaire, Basiotripsie ou hystérectomie. *Revue pratique d'obst. et de pédiat.*, octobre 1907, p. 307.

(2) Ces œdèmes ne sont pas toujours d'origine mécanique, mais d'origine inflammatoire, ainsi qu'il résulte des examens microscopiques de M. Couvelaire.

Selon l'indication formulée par M. Pinard (Porro, 2, 1898, obs. 909, p. 184 ; 3, 1899, obs. 1384, p. 187 ; 4, 1900, obs. 1544, p. 190 ; 8, 1902, obs. 1995, p. 198 ; 12, 1907, obs. 1210, p. 213) et la décision prise par M. Couvelaire le 28 juillet 1907 (1) (Porro, 11, 1907, obs. 1144, p. 209), dans le cas d'utérus infecté, avec membranes rompues et enfant mort, quand la dilatation de l'orifice cervical est incomplète, et qu'une cause quelconque de dystocie ne permet pas d'espérer un accouchement spontané par les voies naturelles, la basiotripsie doit être rejetée ; il faut se résoudre à une opération mutilatrice, c'est vrai, mais dont, seule, dépend, à la condition qu'elle soit rapidement conduite, la vie déjà très compromise de la femme.

Ici, plus que jamais, apparaissent les avantages indéniables de l'opération de Porro. Il faut agir vite, éviter à la parturiente, dont l'état général est déjà des plus précaire, le moindre traumatisme inutile. Rejetant toute autre méthode d'hystérectomie, plus longue et plus délicate à mener à bien, *c'est à l'opération de Porro qu'il faudra avoir recours*. Elle seule réalise le maximum de simplicité et de sécurité.

Sur 7 femmes ayant subi l'opération de Porro, l'enfant étant mort avant la naissance, trois ont succombé.

Il nous reste maintenant à analyser avec quelques détails la dernière observation d'opération de Porro pratiquée à la clinique Baudelocque le 10 décembre 1907 (Porro, 13, 1907, obs. 1986, p. 216), et qui a servi de thème à une leçon faite par notre maître, M. le Professeur Pinard, à la clinique Baudelocque le 20 décembre 1907. Le 10 décembre au matin, M. Pinard examinait la femme dont il s'agit, *tertipare* en travail depuis 36 heures, et dont les membranes s'étaient *prématurément rompues, avant son entrée à la clinique Baudelocque*. Il

(1) A. Couvelaire, Basiotripsie ou hystérectomie. *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, octobre 1907, p. 368.

trouve que latête, non engagée, était très mobile au-dessus du détroit supérieur. Dans le bassin plongeait une énorme bosse séro-sanguine immédiatement sentie au-dessus de l'orifice du col.

Quant aux bords de cet orifice, ils étaient déchiquetés, irréguliers, extrêmement œdématiés et saignaient très facilement. Et cet œdème siégeait non seulement sur tout le pourtour de l'orifice, *mais gagnait même en arrière le segment inférieur.* Quant au bassin. il était légèrement rétréci dans toutes ses dimensions. En auscultant attentivement, à deux reprises différentes, M. Pinard, nota à certain moment, une arythmie des bruits du cœur fœtal, resté réguliers jusqu'alors.

M. Pinard décida de faire pratiquer immédiatement une opération de Porro ; qu'il nous permette de citer les phrases dont il s'est servi et que nous avons eu la bonne fortune de pouvoir recueillir. « Je vous le répète, je ne souhaite pas que vous vous trouviez dans votre pratique, en présence d'un cas semblable. non pas à cause de l'opération de Porro que vous devez tous savoir faire et bien faire, mais à cause de l'indication de cette opération. Lorsque j'eus terminé l'examen de cette femme et lorsque j'eus dit : « Préparez tout pour faire une opération de Porro », j'ai vu et lu un profond étonnement sur tous les visages présents. J'ai alors demandé à M. Couvelaire, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, de toucher cette femme ; et il a reconnu avec moi, que *cette tête n'était pas enclavée.* C'était uniquement la volumineuse bosse séro-sanguine et non la calotte osseuse qui plongeait dans l'excavation. Non, *la tête n'était pas engagée* !

« Alors que faire ?

« Une application de forceps, sur une tête au-dessus du détroit supérieur, avec une dilatation incomplète ? Jamais !

« Dilater artificiellement l'orifice du col à l'aide d'un ballon

de Champetier et pratiquer, ensuite, une symphyséotomie ? L'enfant qui souffrait déjà serait mort et il y avait, en outre, un symptôme grave, terrible qui commandait impérativement une intervention rapide : je veux parler de cet *œdème envahissant, non seulement le col, mais une grande partie du segment inférieur* ; or, sachez que chez ces multipares dont le segment inférieur est œdématié, il y a facilement, et vite une « *rupture utérine* » et vous en connaissez le terrible danger.

« Voilà ce qui m'a amené à poser l'indication d'une opération de Porro. »

Bien que cette femme ne présentât, au moment de l'intervention, aucune trace d'infection, on pratiqua une opération de Porro au lieu d'une césarienne conservatrice, d'abord : parce que cette femme a déjà été examinée ailleurs qu'à la clinique Baudelocque, ses membranes déjà rompues, dans des conditions d'asepsie dont on n'était pas certain.

Ensuite parce que, bien que la température et le pouls soient absolument normaux, le liquide amniotique teinté de méconium commençait à sentir mauvais.

Enfin, parce que du fait de l'œdème énorme dont le segment inférieur était le siège, une opération césarienne conservatrice eût pu être désastreuse.

L'opération de Porro fut le seul moyen de sauver la vie de cet enfant et d'éviter à cette femme une rupture utérine.

Nous sommes, tout naturellement, conduit à étudier, dans le dernier chapitre de ce travail, l'indication et la valeur de l'opération de Porro en face d'une rupture utérine déjà produite, c'est ce que nous allons analyser rapidement.

OBSERVATIONS

1° OPÉRATIONS DE PORRO

1. — Année 1896. Obs. 786.

Viciation pelvienne. — Opération de Porro pratiquée par le Dr Pinard.

Primipare âgée de 29 ans, entrée le 6 mai 1896.

Antécédents personnels. — Premiers pas à 5 ans, avec des appareils jusqu'à 6 ans. Pas d'autres renseignements sur la cause de ce retard et la nature de son affection.

Premières règles à 11 ans, régulières.

Les fémurs sont très incurvés.

A l'examen du bassin, on constate que le diamètre P.-S.-P. est de 8 centimètres, le promontoire est très bas.

Cette femme entre à la salle de travail le 8 mai 1896, à 9 heures du soir. Elle était chez une sage-femme qui, constatant une viciation pelvienne considérable, fit appeler M. Bouffe de Saint-Blaise qui la dirige sur la clinique Baudelocque.

Les dernières règles datent du 10 septembre.

Elle a perçu les premières douleurs le 7 mai à minuit, les membranes se sont rompues avec les premières douleurs. Elles deviennent fortes et fréquentes à partir du 9 mai à 1 heure du matin.

A son entrée, la dilatation est lenticulaire, la tête est dans la fosse iliaque gauche, elle est ramenée au détroit supérieur et maintenue en DT. à l'aide d'une ceinture entocique.

A 10 heures, M. le professeur Pinard examine la femme et décide l'opération de Porro.

Il rejette la symphyséotomie à cause du volume assez considérable de la tête et surtout de sa situation dans la fosse iliaque gauche, elle ne repose pas sur le détroit supérieur et il serait impossible de faire une prise régulière avec le forceps. La version est impossible à cause de la rupture de la poche des eaux.

Le 9 mai, à 2 h. 30 du soir, M. Pinard opère.

Opération. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, de 15 à 20 centimètres au-dessous de l'ombilic, prolongée en

haut jusqu'au niveau du fond de l'utérus, passant à gauche de l'ombilic. On extrait l'utérus de la cavité abdominale et on pose une ligature élastique provisoire au-dessous de la tête fœtale.

L'incision de l'utérus porte directement sur le placenta.

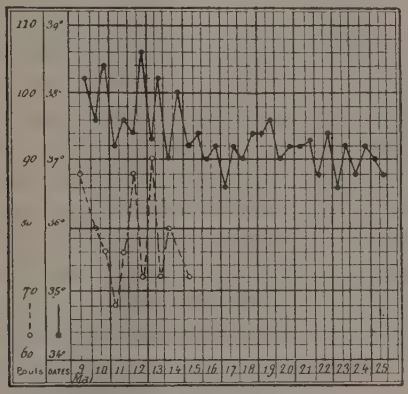
Le fœtus est extrait, respirant bien.

C'est un garçon pesant 2.950 grammes. D. Bi-P. : 9,5.

Lavement de la broche et de la ligature élastique définitive.

Amputation de l'utérus et des annexes, l'ovaire droit est pris dans la ligature, l'ovaire gauche à moitié.

Le moignon est appliqué sur l'angle inférieur de la plaie.



Graphique 29.

Un double fil d'argent unit le péritoine pariétal et le péritoine du moignon au-dessous de la ligature.

Suture de la plaie au fil d'argent.

L'opération est terminée à 3 h. 10.

Suites opératoires. — Chute du moignon le 26 juin ; la malade se lève le 29 juin. La mère et l'enfant quittent le service en bon état, le poids de l'enfant à sa sortie est de 4.300 grammes.

2. — Année 1898. Obs. 909.

Fibrome interstitiel de l'utérus parturient à terme. — Présentation du siège. — Rupture prématurée des membranes ; procidence du cordon, mort et putréfaction du fœtus. — Tétanisation de l'utérus ; physométrie. — Opération de Porro. — Mort.

(*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.* An. 1901. Obs. 1, p. 156.)

Le 28 mai 1898, à 1 h. 50 du soir, on apportait à la clinique Baudelocque la nommée Jeanne B..., femme P..., 33 ans, en travail depuis plus de vingt-quatre heures, avec une lettre du médecin traitant dont suit la copie :

« Mme M... et moi, nous adressons une brave femme, multipare, en travail depuis plus de vingt-quatre heures. La parturiente sentant, sans grandes douleurs, quelque chose d'anormal, fit appeler hier matin sa sage-femme qui, constatant une procidence du cordon avec *battements*, essaya à plusieurs reprises de réduire le cordon, cela sans résultats. Je fus appelé immédiatement par Mme M... et j'essayai vainement de réduire le cordon.

« Tous nos efforts furent infructueux. La dilatation, à ce moment, était de la grandeur d'une pièce de 5 francs et, les deux doigts introduits dans le col ne permettaient pas de donner une indication nette de la présentation fœtale. Nouvel examen le soir, et je trouve nettement un pied ou plutôt le bout de l'orteil du pied droit d'un fœtus. J'avais tout lieu d'espérer que ce pied allait s'engager et que nous pourrions terminer l'accouchement par une version sans difficultés. Col toujours aussi peu dilatable et toujours peu de douleurs. Nouvel examen je matin, plus de traces de présentation du fœtus ; le cordon est flétri depuis vingt-quatre heures et notre malade présente une température de 39°, malgré la prise d'un gramme de quinine et une antisepsie aussi rigoureuse que possible. Ce matin, j'ai dû couper le cordon putréfié pour écarter toute chance d'infection.

« Nous croyons à une grossesse gémellaire. L'un des deux fœtus est (s'il y en a deux ?) évidemment mort. Quant à l'autre, nous ne pouvons être fixés sur son état.

« Il semble que nous avons assez temporisé et qu'il y a lieu d'inter-

venir en faisant la dilatation forcée et en terminant l'accouchement.

« Notre outillage, le milieu dans lequel nous nous trouvons, ne nous permettent pas d'intervenir avec chance de succès. C'est pourquoi nous avons pensé recourir à votre obligeance ordinaire pour nous tirer d'embarras et sauver notre malade, peut-être même, nous empêcher d'aller à Mazas !

« Veuillez, etc. »

La patiente n'a aucun antécédent pathologique. Deux accouchements antérieurs se sont terminés spontanément et à terme, l'un (1891) en présentation du sommet, le second (1894) en présentation du siège.

Le premier garçon aurait été nourri par elle pendant 21 mois, les règles sont revenues au bout d'un an ; le deuxième a été nourri par elle pendant huit mois, après quoi elle aurait pris un nourrisson pendant deux ans.

A aucun moment, il n'y a eu ménorragies ou métrorragies.

Les dernières règles remontent à la première semaine de juillet.

Trois jours avant l'apparition des premières douleurs, écoulement sanguin peu abondant.

Température à l'arrivée, 39°6. Pouls : 128.

A son arrivée à la clinique, elle est examinée par Mlle Roze, sage-femme en chef, qui constate, en même temps qu'une forme irrégulière de l'utérus, dont le fond remonte à 40 centimètres au-dessus du pubis, une dureté ligneuse et constante des parois. Tout diagnostic de présentation par le palper est impossible.

A droite de l'utérus existe une tumeur du volume d'une tête fœtale, d'une consistance pseudo-fluctuante, non isolable de la masse utérine. Mlle Roze pense qu'il s'agit d'un fibrome.

L'auscultation est négative.

Le toucher fait sentir l'orifice externe du col dilaté comme une pièce de 2 francs, à bords épais ; au-dessus existe un canal flasque, aboutissant à un orifice infranchissable dans lequel sont engagés et enserrés les deux pieds. Il s'écoule de l'utérus un liquide sanieux d'odeur cadavérique.

Après avoir donné un grand bain et fait une injection de 20 grammes de sérum antistreptococcique, Mlle Rose, en l'absence de M. Pinard, consulta M Varnier par téléphone à 7 h. 1/2 du soir,

lequel conseilla d'abord d'essayer d'introduire un ballon de petit modèle à travers l'orifice profond pour en tâter la dilatabilité.

Prévenu à 9 heures de l'impossibilité de l'introduction, M. Varnier se rendit à la clinique pour se rendre compte des causes de cette impossibilité.

L'exploration manuelle ne laisse aucun doute sur l'impossibilité de l'extraction par les voies naturelles. A 7 centimètres au-dessus de l'orifice externe existe une structure de fer enserrant les cous-de-pied et qui paraît correspondre à la limite inférieure du fibrome. Le liquide est putréfié.

La percussion montre qu'il y a physométrie. La température est à 38°8. Le pouls à 140. Un frisson prolongé vient de se produire. Le facies est grippé, il y a cyanose.

Opération. — M. Varnier décide l'opération de Porro, pratiquée immédiatement, assisté de M. Baudron, chef de clinique, sans se faire illusion sur le résultat, mais par acquit de conscience.

Afin d'éviter, autant que possible, la pénétration du liquide putride dans le péritoine, l'utérus est bien extériorisé avant l'incision, laquelle porte sur le fond, donne issue à des gaz qui s'échappent avec bruit et au fœtus informe, ballonné par la putréfaction, pesant 2.600 grammes, mais ayant le volume apparent d'un fœtus de 5 kilogrammes.

Un lacs élastique et une broche, au-dessous du fibrome qui occupe la paroi antéro-latérale droite du corps, sont passés aisément. On résèque au-dessus de la broche.

Pour plus de sûreté, deux ligatures à la soie sont placées au-dessous des annexes droites et gauches. Le ligament rond droit, qui a glissé et qui saigne est repris par un surjet à la soie ; une pince de Kocher est, par précaution, mise et laissée sur le ligament rond gauche.

Suture au fil d'argent de la plaie abdominale ; fixation du pédicule à l'angle inférieur par la stricture du dernier fil de suture. Cautérisation du moignon au thermocautère. Pansement à la poudre d'iodoforme.

L'opération, qui a duré en tout 35 minutes, s'est faite sans perte sanguine.

Le pouls radial est cependant incomptable, la cyanose persiste ; le

sérum n'est pas absorbé. L'opérée reprend peu à peu toute sa connaissance et s'inquiète de ce qu'est devenu son enfant. Elle saigne un peu du nez et de la bouche.

Elle meurt à 2 h. 30 du matin, le 29 mai, après la terminaison du pansement.

A 3 heures de l'après-midi, le 29, le cadavre est en putréfaction. Celle-ci est à ce point avancée le 30 mai et l'infiltration gazeuse si générale, que l'autopsie a été jugée inutile. On s'est contenté de rouvrir la plaie pour constater l'étanchéité du pédicule.

L'heure tardive à laquelle a été faite l'hystérectomie a malheureusement rendu impossible l'ensemencement et la culture du contenu putréfié de l'utérus.

En résumé, la grossesse a évolué régulièrement, le fibrome, comme il arrive ordinairement, n'a compliqué la situation qu'au moment du travail. Son volume, à défaut de l'obstacle apporté par lui à la dilatation, commandait la césarienne suivie d'hystérectomie.

Il est à croire que la vie de la mère et celle de l'enfant auraient été le gain d'une intervention précoce, comme elles l'ont été dans le cas suivant.

3. — Année 1899. Obs. 1884.

Bassin vicié. — Dilatation stationnaire. — T. 39°2. *P.* 150 *avant l'intervention. — Opération de Porro. — Enfant mort. — Femme morte le troisième jour après l'opération.*

H. E..., 30 ans, primipare. Entrée le 18 juillet à 3 heures du matin.

A marché à 3 ans. A été réglée à l'âge de 12 ans. Rougeole et bronchite dans l'enfance.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 9 au 12 octobre. Sans rien de particulier à signaler pendant l'évolution de sa grossesse.

Apparition des premières douleurs le 18 juillet à 3 heures du matin, donc au terme révolu.

Les membranes s'étaient rompues spontanément avant tout début de travail, une heure avant la perception des premières douleurs, c'est-à-dire le 18 juillet à 2 heures du matin.

Cette femme arrive à la clinique Baudelocque le même jour, 18 juillet, à 3 heures du matin.

A son arrivée on constate une présentation du sommet non engagé.

Le col est long, on atteint un faux promontoire sacré.

Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Pouls 80.

Température : 37°1.

A 8 heures du matin. La dilatation est de 2 francs, les contractions assez fréquentes se ralentissent, on donne à la femme un bain d'une heure.

A 4 heures du soir. Dilatation de 2 francs.

Température : 38°4.

Pouls : 100.

A 8 heures du soir. Les bruits du cœur sont très rapides : 180.

19 *juillet*.— A 1 heure du matin. Les bruits du cœur sont toujours à 180, mais bien frappés. Il s'écoule des organes génitaux un liquide normal. On fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

A 6 heures du matin. Bruits du cœur à 184.

A 7 h. 30 du matin. Bruits du cœur à 200 et intermittents.

A 8 heures du matin. Dilatation de 5 francs, liquide qui teinte en vert la gaze iodoformée.

Température : 37°8.

Pouls : 90.

A 9 heures du matin. M. Pinard trouvant les bruits du cœur irréguliers, introduit un ballon de Champetier.

A 10 heures du matin. Bruits du cœur 120, douleurs vives, la femme fait des efforts d'expulsion.

A 11 h. 45 du matin. Le ballon est retiré, M. Pinard décide d'intervenir.

Le vagin est bourré de gaze iodoformée, la température ascensionne à 39°2.

La femme est anesthésiée au chloroforme.

Midi 15. M. Pinard incise la paroi abdominale. L'incision remonte au-dessus de l'ombilic.

Midi 18. Incision médiane de l'utérus.

Midi 18. Extraction de l'enfant.

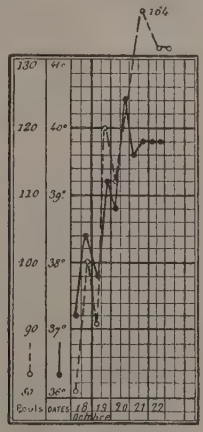
Midi 19. Extraction du placenta. Il s'écoule une faible quantité de sang.

Midi 20 : Pose de la ligature élastique, on fixe une broche sur le pédicule. Ligature des pédicules.

Section de l'utérus au-dessus de la ligature. L'hémostase est parfaite. On suture le péritoine à la peau.

La peau est suturée au fil d'argent et le pansement est successivement fait.

L'enfant, un garçon de 3.100 grammes, né en état de mort appa-



Graphique 30.

rente, est ranimé ; mais meurt peu de temps après. Poids du placenta, 600 grammes.

20 *juillet.* — Température matin, 38°8. Pouls, 112.

Soir. Température, 40°4. Pouls, 104.

Langue sèche, ballonnement du ventre, la malade est très excitée.

21. — Lavement de vin et glycérine.

Matin. Température, 39°5. Pouls, 150.

Soir. Température, 39°8. Pouls, 150.

22. — Le matin, la femme a les extrémités froides. Le pouls filiforme est incomptable, le délire survient et la femme, à 5 h. 30 du soir, rend le dernier soupir.

Autopsie partielle. — L'ouverture de la cavité abdominale montre

une péritonite généralisée. La cavité péritonéale donne une culture de streptocoques.

4. — Année 1900. Obs. 1354.

Rupture prématurée des membranes. — Rigidité du col.— Opération de Porro par M. Varnier. — Sérum A 30 grammes. — Eventration le 8e jour. — Femme morte.

B. M..., 33 ans, journalière, IXpare. Réglée à 14 ans. Pleurésie gauche à 5 ans. Phlegmon du ligament large gauche, suite de couches. Salpingite gauche en 1899, soignée à la Pitié par le professeur Berger.

Huit grossesses antérieures dont sept à terme et une terminée à 7 mois.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 4 au 10 novembre. Hauteur de l'utérus 32 centimètres. Cette femme arrive à la clinique le 20 juillet, disant avoir perdu de l'eau depuis 4 heures du matin.

A l'entrée : Col long, pouls et température normaux. Enfant vivant. La femme est placée au dortoir. Trois injections vaginales par jour. Sérum A 20 grammes.

23. — A 9 heures du matin, température, 38°5. Pouls, 112.

La femme a souffert toute la nuit sans prévenir et dit avoir eu des frissons le 22 juillet à 8 heures du soir.

Au toucher, M. Varnier trouve le col dilatable comme 2 francs et au-dessus, un orifice dur, enterrant la base d'une bosse séro-sanguine modelée dans le col et dont on ne peut dépasser ladite base pour explorer la tête.

Odeur de putréfaction. Liquide sans méconium.

Battements du cœur, d'abord non perçus puis trouvés à droite et en arrière.

M. Varnier prescrit l'introduction d'un ballon Champetier d'abord petit modèle ; mais l'orifice profond, dur, résiste : M. Paquy ne peut introduire le ballon.

M. Varnier prévenu se rend compte de la résistance ligneuse de l'orifice profond. Il décide d'attendre quelques heures pour voir ce que feront les contractions qui sont subintrantes.

Lavage à l'aniodol. Sulfate de quinine, grand bain d'une heure. Pouls, 112.

Température, 39°4.

Contractions continuelles, la tête reste très élevée.

A 4 *heures*. Pouls 100, température 39°6. Enfant vivant.

A 4 *h.* 10. M. Paquy trouve les choses dans le même état. Battement du cœur fœtal à 102. La température est toujours à 39°5, pouls aux environs de 100.

M. Varnier jugeant impossible l'intervention par le voies naturelles, même après réduction du volume de la tête, se met en demeure de pratiquer l'*opération de Porro*.

Opération. — A 5 h. 50 du soir. Chloroforme, incision de 6 à 7 centimètres passant à gauche de l'ombilic, prolongée aux ciseaux à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, et descendant à 4 centimètres du pubis.

L'utérus est attiré hors de l'abdomen et tenu droit.

La masse intestinale est protégée en arrière par de grandes compresses stérilisées. On place une pince sur une adhérence épiploïque située un peu au-dessus de la trompe gauche.

Sur le fond de l'utérus M. Varnier pratique une ponction avec le bistouri, met le doigt dans la boutonnière et c'est avec le doigt que cette ouverture est prolongée dans la direction du col.

Le tissu utérin se laisse diviser avec une extrême facilité, les bords de la section sont d'une netteté absolue.

L'ouverture est de 15 centimètres environ. L'enfant est alors vomi par l'utérus et recueilli à deux mains par l'opérateur : il est mort (à 4 heures on avait encore perçu les bruits du cœur) ; il ne présente pas de phlyctènes et répand une odeur de putréfaction.

Le placenta et les membranes sont enlevés avec une égale facilité.

L'utérus, qui a été dès le début saisi à pleines mains, au niveau du segment inférieur par M. Paquy, saigne un peu lorsqu'il est momentanément abandonné.

L'utérus est immédiatement ressaisi par un aide, chaque main exerçant particulièrement une compression énergique au niveau de l'artère utérine.

La surface utérine cesse de saigner. Un lien élastique est alors

posé sur le pédicule ; toute la portion de l'utérus, située au-dessus de ce lien, est sectionnée avec un grand bistouri.

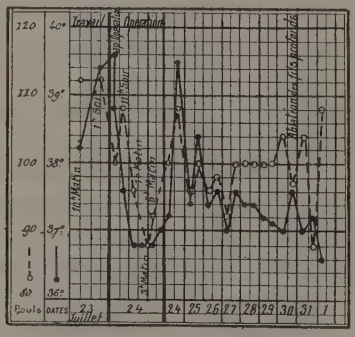
Une broche est passée dans la portion du moignon utérin immédiatement située au-dessus du lien.

La muqueuse de la cavité utérine du moignon est alors cautérisée au thermo cautère.

La paroi abdominale est recousue avec 6 ou 8 fils profonds (fils d'argent) la prenant dans sa totalité. Dans l'intervalle on met quelques crins de Florence superficiels. Pansement. On saupoudre le moignon avec de l'iodoforme. L'opération est commencée à 5 h. 30 et terminée à 5 h. 50. Température 38°2. Pouls 100. Le cadavre de l'enfant (sexe masculin) présentait comme particularité une bosse séro-sanguine sur le pariétal droit, du volume d'une mandarine, environ, et montrant à sa base la trace de la constriction exercée par la portion indilatable du col, étroitement appliquée sur elle.

Suites de couches. — 23 *juillet.* — A 7 heures du soir. Frisson.

23. — A 11 heures du soir. 200 grammes de sérum artificiel. Piqûre de morphine.



Graphique 31.

24. — A 9 heures du matin. On donne toutes les heures une cuillerée d'eau stérilisée glacée.

30. — On retire les fils profonds, on laisse les fils superficiels.

31. — Dans la journée, l'opérée a été très indocile, à plusieurs reprises on l'a trouvée en bas de son lit. Pendant la nuit, de même.

M. Paquy examinant le pansement, y trouve les intestins. On refait à nouveau une suture avec des fils d'argent et crins de Florence.

La respiration est un peu fréquente, congestion pulmonaire.

A 6 heures du soir, 20 respirations par minute. Ventouses sèches. Oxygène. Morphine.

Toute la nuit la femme reste dans un état comateux, elle meurt le 1er août à 5 heures du matin.

Autopsie. — Degré de putréfaction assez avancé. Adhérences au grand épiploon à la paroi antérieure, surtout au niveau de l'incision.

Péritonite localisée surtout aux anses grêles inférieures. Au niveau du pédicule existe un abcès enkysté du volume d'une mandarine.

Les parois de la poche sont formées par une anse grêle, la partie terminale du côlon iléo-pelvien, et la partie supérieure de la portion intra-abdominale du pédicule.

Le contenu est un pus crémeux. Les autres organes abdominaux ne présentent rien de particulier. Adhérences pleurales. Les plèvres renferment chacune environ un verre ordinaire de liquide brunâtre.

5. — Année 1901. Obs. 513.

Femme entrée infectée. — Température 38°. — *Pouls* 144. — *Membranes rompues depuis 7 jours. — Fétidité extrême. Opération de Porro par M. Paquy. — Guérison.*

K. S..., 30 ans. Hpare. Entre à la Clinique le 17 mars, à 2 heures du matin.

1er accouchement : avril 1893 en Russie. Terme ? Cinq jours de travail. Terminaison spontanée. Fœtus mort pendant le travail. Deux jours après l'accouchement, la malade aurait eu des convulsions qui auraient duré 3 jours (?).

Grossesse actuelle. — Dernières règles août 1900. Hauteur utérine, 27 centimètres.

Léger nuage d'albumine dans les urines. La femme dit avoir perdu de l'eau depuis 7 jours et souffert depuis ce moment.

A son entrée, on constate que la température s'élève à 38° et le pouls à 144, que le liquide qui s'écoule par les organes génitaux est absolument fétide.

Cette femme est transportée à l'isolement où M. Couvelaire l'exa-

mine. Au palper tête en bas, auscultation négative sur tous les points de l'abdomen. Toucher : Le col, réduit à un petit moignon cicatriciel, est dur.

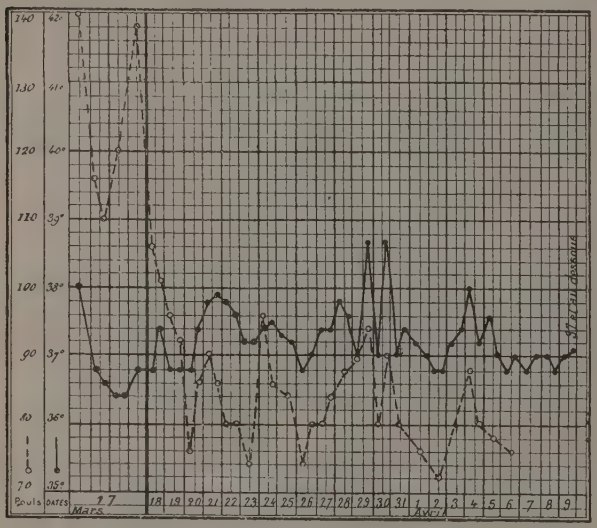
L'ouverture est punctiforme. Impossible d'introduire la pulpe du doigt. Injections vaginales fréquentes. Sérum A. S 40 grammes.

17 *mars*. — à 8 heures du matin. P. 116. T. 36°5. A 10 heures matin. P. 112. T. 36°8.

Injection vaginale à l'aniodol toutes les deux heures. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

40 grammes de sérum A. S. A 11 heures du matin, P. 112, T. 36°8. A 2 heures du soir, T. 36°5. P. 116. M. Paquy prévenu vient examiner la femme. Etant donnés la mort du fœtus, l'état du pouls, de la température, le facies grippé de la parturiente, l'état cicatriciel du col qui empêche l'introduction de tout instrument dilatateur, M. Paquy pratique l'opération de Porro.

Opération. — Chloroforme. A 4 h. 30, incision de l'abdomen



Graphique 32.

(ombilic au pubis). Le ventre ouvert, on fait basculer l'utérus hors de la cavité abdominale. On place une broche au-dessous de la tête

fœtale, puis un lien élastique. On enlève l'uterus et ses annexes. Suture du péritoine à l'aide d'un surjet au catgut, puis de la paroi abdominale avec du crin de Florence. A l'angle inférieur on place un fil d'argent qui passe à travers la paroi abdominale et la portion de l'utérus qui est au-dessous du lien élastique. On fixe le moignon à la peau au moyen de trois fils de soie de chaque côté. Pansement à la gaze stérilisée. Durée de l'opération, 30 minutes. L'observation n'indique pas le poids ni le sexe de l'enfant.

Suites de couches. — 18 *mars.* — Fétidité. Injections vaginales fréquentes à l'aniodol. Dans la nuit, 0 gr. 005 de morphine.

26. — Chute du pédicule.

28. — On enlève les fils. Température au-dessus de 38° les 12, 13 et 17 jours (T. m. : 38°8).

La femme se lève le 9 avril et part en bon état le 16 mai.

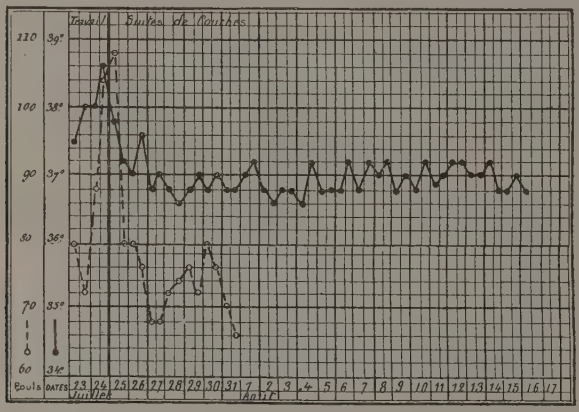
6. — Année 1901. Obs. 1270.

Bassin rétréci. — P. S. P. ?.— Rupture prématurée des membranes. Opération de Porro par M. Paquy. — Guérison.

V. V..., 26 ans, primipare. Entre à la salle de travail le 23 juillet, à 2 heures du soir. Dernières règles du 7 au 11 octobre. Hauteur de l'utérus 37 centimètres. Urine normale. Entre à la clinique le 3 juillet, est admise au dortoir parce qu'elle a un bassin vicié. On arrive sur l'angle mais assez difficilement. Le fœtus se présente par le sommet, est très mobile. Liquide assez abondant. Le 23 juillet, à 1 heure du matin, les membranes se rompent spontanément. A 9 heures du matin, le liquide est vert, le col en voie d'effacement. A 11 heures du matin, premières contractions sérieuses. Bruits du cœur bons. Le sommet se fixe en D. A. 2 heures du soir : dilatation 1 franc. A 6 heures soir, 2 francs. Contractions fréquentes. Une bosse séro-sanguine commence à se former. De 1 heure à 10 heures soir, grand bain. A minuit, dilatation 5 francs. La dilatation reste stationnaire jusqu'à 6 heures matin, le 24 juillet ; contractions toutes les 7 minutes environ. Mlle Roze prévenue dit d'attendre. T. 37°5. P. 80. A 11 heures du matin : P. 72,T. 38°, bruits du cœur : 150. A 6 h. 25 soir, le 24 juillet : P. 88. T. 38°6. A 9 heures du soir, même état, bain d'une heure, 0 gr. 50 quinine. Injections vaginales suivies de

tamponnement à la gaze iodoformée. Toute la nuit, état semblable. Bruits du cœur se maintiennent à 160.

25 juillet, à 8 heures matin : T. 38°6. P. 102. Bruits du cœur fœtal : 180. M. Paquy décide de faire un Porro. On commence l'opération à 11 h. 25. L'opération est terminée à 11 h. 50. Le ventre ouvert, on extrait l'utérus de l'abdomen, on l'incise sur la ligne médiane près du fond et on extrait le fœtus et le placenta. On constate que la paroi postérieure du segment inférieur en contact avec le promontoire est ecchymotique. En avant, il existe sous le péritoine de l'œdème du segment inférieur. On place la broche puis le lien



Graphique 33

élastique. Amputation de l'utérus. Surjet péritonéal au catgut. Suture de la peau au crin de Florence. L'enfant, un garçon, naît étonné. Bain sinapisé, etc. L'enfant crie. Extraction des voies aériennes, par aspiration, d'un gros bouchon muqueux. L'enfant présente une énorme bosse séro-sanguine, et autour de la tête, un cercle assez marqué formé par l'orifice du détroit supérieur, quelques escarres. Il a en outre une hernie inguinale double. Il est mis dans un berceau avec 3 boules ; il gémit continuellement et meurt le 3e jour après la naissance. Il pesait 3.300 grammes.

Le placenta pèse 600 grammes. Suites opératoires apyrétiques. Les fils sont enlevés le 7e jour. Le pédicule tombe le 13e jour.

La mère quitte le service en bon état.

7. — Année 1901. Obs. 1435.

Bassin rétréci.

La nommée D. M..., 23 ans, Ipare, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, elle a marché à 3 ans. Elle a été réglée pour la première fois à 12 ans, régulièrement depuis.

Elle est de petite taille 1 m. 38. Les fémurs sont notablement incurvés en parenthèse, l'extrémité inférieure de ses tibias est épaissie et déformée.

Elle entre, le 12 juin, à la clinique où l'on fait les constatations suivantes : L'utérus est plus développé dans le sens transversal, on sent une tête dans le plan droit, un siège dans la fosse iliaque gauche.

Par version externe on ramène la tête au-dessus du détroit supérieur et on la maintient par une ceinture entocique.

M. Varnier pratique le toucher mensurateur et diagnostique un bassin canaliculé avec D. P.-S.-P. 9, 1.

Les dernières règles datent du 28 au 30 septembre. La femme n'étant donc pas à terme est admise au dortoir. La tête, maintenue par la ceinture entocique reste au niveau du détroit supérieur.

16 *août*. — 8 heures du matin. Le travail débute, le fœtus est en présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche. Le 16 août, à 6 heures du soir les membranes se rompent prématurément ; il s'écoule un liquide vert purée. La température est à ce moment de 38°2.

Opération. — M. Paquy fait alors une opération de Porro, il est 6 h. 25 du matin.

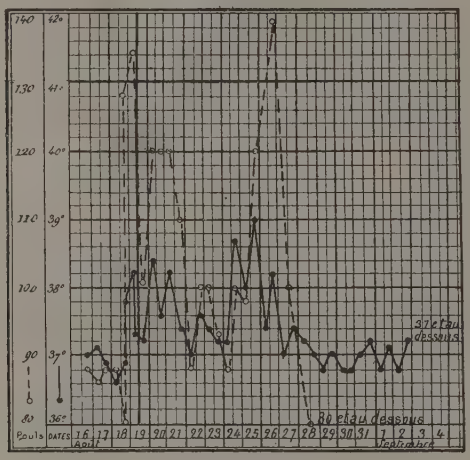
La malade est mise dans la position de Trendelenbourg, l'utérus est luxé hors de la cavité abdominale. On l'incise sur la ligne médiane et on extrait un enfant du sexe féminin du poids de 2770 grammes qui naît étonné et pousse son premier cri quelques instants après, après désobstruction des voies respiratoires.

On termine l'opération par le procédé classique. Suture de la paroi, surjet au catgut sur le péritoine. Suture de la paroi avec des crins de Florence.

Suites de couches. — Pendant les suites de couches, on administre à l'opérée des lavements de vin pendant les premiers jours, matin

et soir. Une toilette vulvaire et une injection vaginale. Pansements aseptiques.

Le 30 août on enlève les points de suture, le crin de Florence, et les fils d'argent.



Graphique 34.

Le 4 septembre le moignon est presque rétracté, on l'enlève facilement et on saupoudre la cicatrice de poudre d'iodoforme.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état. L'enfant pesait 2920 grammes.

8. — Année 1902. Obs. 1995.

Fibrome du segment inférieur remplissant l'excavation. — Rupture prématurée des membranes. — Enfant mort. — Liquide vert purée.

Le 26 décembre 1902, à 10 heures du matin, entrait à la clinique Baudelocque, une femme R.L...., âgée de 27 ans, primipare, enceinte d'environ 8 mois 1/2, ayant perdu les eaux le 23 décembre, une longue anse de cordon sans battements hors de la vulve.

Aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel.

Réglée à 13 ans et toujours régulièrement, elle se marie à 25 ans et ne devient enceinte qu'à 27.

Ses dernières règles datent du 20 au 25 mars. Sa grossesse évolue d'une façon régulière sans le moindre incident. Depuis le 5e mois, elle se repose et cesse de piquer à la machine. Dernier rapport 10 jours avant son entrée.

Le 23 décembre à 11 heures du soir, rupture prématurée des membranes. Une sage-femme appelée le lendemain lui conseille de rester au lit.

Le 25, au matin, elle se lève et c'est à ce moment qu'elle s'aperçoit qu'une anse de cordon lui pend entre les jambes. La sage-femme est appelée, elle aurait tenté de rétropulser le cordon, mais en vain. Un médecin, immédiatement appelé, refoule le cordon et tamponne le vagin. Il revient le 26 matin et constate que, derrière le tampon, le cordon est toujours dans le vagin. C'est alors, seulement, qu'on se décide à envoyer cette femme à la clinique, où les constatations suivantes sont faites par M. Couvelaire.

Hauteur de l'utérus, 32 centimètres. La paroi utérine est rétractée sur le fœtus dont le siège est en bas, à cheval sur l'aire du détroit supérieur et sur la fosse iliaque.

Par le toucher, on atteint, en remontant le long du cordon, déjà infiltré, le col dont l'orifice est réporté en arrière et à gauche. A droite, paraissant faire corps avec le segment inférieur de l'utérus, proémine une tumeur de consistance ferme, régulière, dont les limites supérieures ne peuvent être déterminées nettement.

Il n'y a pas de contractions utérines douloureuses.

L'enfant est mort. T. 37°2. Pouls : 108.

Un ballon de Champetier de Ribes d'une contenance de 400 grammes est placé dans le vagin, puis retiré au bout de 2 heures.

L'examen pratiqué à ce moment, montre que la tumeur est restée en place, ses connexions avec le segment inférieur de l'utérus sont nettement perçues.

Sur le conseil de M. Pinard, un ballon de Champetier d'une contenance de 250 grammes est introduit dans l'utérus par M. Couvelaire

Ce ballon est placé dans le but de provoquer le travail et de juger, si la dilatation produite, d'une part, le déplacement possible de la tumeur, d'autre part, peuvent permettre une extraction par les voies naturelles.

Le ballon est placé à 8 heures du soir.

9 heures. T. 38°3. P. 123.

10 h. 5. Apparition des contractions utérines douloureuses.

1 heure du matin. Temp. 38°2. P. 144.

3 heures du matin. Les contractions cessent.

5 heures du matin. T. 38°5. P. 153.

8 h. 1/2 du matin. T. 37°8. P. 150.

10 heures du matin. M. Pinard extrait le ballon tombé dans le vagin.

A ce moment, l'examen pratiqué après cathétérisme de la vessie, permet de faire les constatations suivantes.

L'utérus n'est plus, comme la veille, longitudinal et fortement rétracté. La forme du ventre qui, la veille, n'était en rien différente de celle d'une primipare arrivée au voisinage du terme, s'est modifiée.

On voit et on sent l'utérus gravide moulé sur le fœtus dont le siège est dans la fosse iliaque gauche et la tête dans l'hypochondre droit. Au-dessous et à droite, surplombant à 4 travers de doigt l'aire du détroit supérieur, occupant la presque totalité de l'aire de ce détroit, fait saillie une tumeur régulière de consistance ferme.

Par le toucher, M. Pinard reconnaît qu'elle obstrue complètement le bassin et qu'elle ne saurait permettre l'extraction par les voies naturelles.

Dans ces conditions, il décide de pratiquer l'extraction du fœtus par les voies abdominales et l'amputation de l'utérus en se comportant vis-à-vis de la tumeur suivant les circonstances. M. Segond, immédiatement prévenu arrive à 1 heure de l'après-midi et, après examen de la femme, pratique la laparotomie au chloroforme.

L'état général de la femme est, à ce moment, assez mauvais. Le teint est plombé, le pouls à 158, la température n'étant que de 37°8. Le fond de l'utérus est sonore.

Opération. — *Incision* médiane permettant de luxer l'utérus hors du ventre.

Fermeture provisoire du ventre au moyen d'une pince à kyste adossant les deux lèvres de l'incision au voisinage de l'ombilic.

Incision de l'utérus énucléé (fond et face antérieure) au travers de laquelle sortent des gaz fétides, puis le fœtus et le placenta exprimés par la main empaumant la face postérieure de l'utérus.

Le contenu de l'utérus a été recueilli sur un champ placé sur le pubis et les cuisses de la femme.

M. Segond se rend compte, alors, de la situation et des connexions de la tumeur. C'est un fibrome intra-mural du segment inférieur. Il l'attaque par la brèche utérine, et, le saisissant avec une forte pince, l'énuclée.

Un lien élastique est, alors, placé, de façon à constituer un pédicule. Ce pédicule comprend le canal cervical et la partie inférieure borgne de la loge du fibrome.

Amputation de l'utérus au thermo-cautère.

Fermeture en un plan de la paroi abdominale.

Pansement à la gaze iodoformée après toilette du moignon.

Durée de l'intervention 30 minutes.

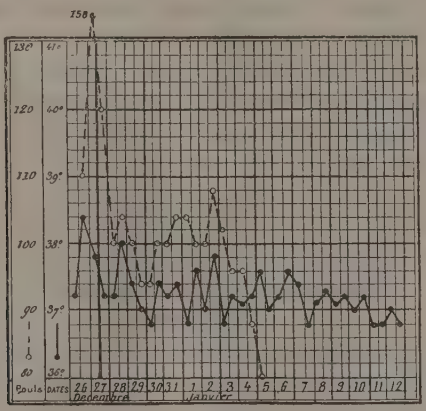
L'enfant pesait 3.210 grammes. D. Bi-P. 9,4.

Placenta : 720 grammes.

Utérus enlevé : 1.010 grammes.

Fibrome énucléé 760 grammes. Sphérique. D. 12 et ½13 centimètres.

Suites de couches. — Sitôt après, injection sous-cutanée d'un litre de sérum.



Graphique 35

Dans la nuit qui suivit l'opération, la malade était un peu agitée, et se plaignait de fortes douleurs abdominales. Demi-piqûre de morphine.

Dès le lendemain la température était redescendue à la normale et le pouls à 100. La malade urine spontanément : 300 grammes sont recueillies.

3e jour elle urine 1 litre.
4e jour — 1 litre.
5e jour — 900 grammes.
6e jour — 2 litres.

Le 11e jour les fils sont enlevés

Le 12e jour. Chute du pédicule.

La malade quitte le service le 21e jour en parfait état.

9. — Année 1903. Obs. 1427.

Lésions cicatricielles du col. — Rupture prématurée des membranes. — Liquide vert. — T. 37°9.

S... Adrienne, VIpare, 38 ans.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et pathologiques.

Réglée à 15 ans régulièrement.

1er Accouchement, 1890. Maternité. A terme. Forceps sous chloroforme par M. Porack. Enfant extrait vivant. Mort après quelques inspirations. Déchirures du périnée et du vagin.

2e accouchement : janvier 1893. Sommet spontané à terme. Elevé au sein par nourrice connue de la mère (Luxation dite congénitale).

3e accouchement : décembre 1893. Siège à terme.

4° Avortement de deux mois.

5° Juin 1901. Accouchement prématuré au 8e mois. Epaule. Version par manœuvres internes chez elle. Enfant mort.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 5 au 12 novembre.

Pendant sa grossesse cette femme a présenté des traces d'albumine Elle entre au dortoir de la clinique Baudelocque le 31 juillet.

Le 24 *août*, à 3 heures du matin, elle ressent quelques douleurs espacées. A 4 heures la poche des eaux se rompt spontanément. Le liquide est opalescent.

A 10 heures, M. Lepage, en faisant la visite, examine la femme et constate que la tête est très mobile et haut située. Le dos est à droite, l'enfant vivant.

Le col est long et entr'ouvert. Les contractions utérines sont faibles et espacées. T. 37°2. P. 84 Le liquide amniotique qui s'écoule par la vulve est fortement teinté de vert.

Dans l'après-midi, la température monte à 37°9, le pouls est à 88. La femme est mise à l'isolement. Le liquide amniotique est de plus en plus teinté de méconium.

25. — A la visite du matin, M. Lepage trouve une tête un peu moins élevée ; mais nullement engagée, les contractions utérines sont faibles et ne surviennent que toutes les 20 minutes environ. Les battements du cœur fœtal oscillent entre 148 et 160 pulsations. Le liquide qui s'écoule par la vulve ressemble à de la purée de pois.

Au toucher, la paroi postérieure et gauche du col est transformée en tissu de cicatrice à la surface duquel des brides font saillie. Ce tissu cicatriciel empiète sur les culs-de-sac vaginaux postérieur et gauche.

M. Lepage renonce à tenter l'extraction par les voies naturelles et 11 h. 35 il pratique l'opération de Porro.

Opération. — L'utérus est incisé *in situ*. La paroi du corps utérin est particulièrement épaisse. Les membranes apparaissent fortement teintées en vert. Les membranes, une fois dilacérées, le bras de l'enfant se présente. On extrait, sans difficultés, un enfant de sexe masculin pesant 3.800 grammes avec un D. Bi.-P. de 9,7. Il est couvert de méconium, et pousse ses premiers cris après quelques frictions à l'alcool et désobstruction des voies respiratoires. Le liquide qui s'est écoulé par l'incision utérine est du méconium presque pur.

Pendant l'amputation de l'utérus et des annexes, deux incidents se produisent.

1° Une *hémorragie* assez abondante venant du ligament large et ayant son origine dans une petite déchirure de ce ligament large, située au-dessous du lien élastique. Elle est facilement arrêtée par forcipressure et surjet du catgut.

2° *Impossibilité de retirer* le serre-nœud de Segond, appliqué sur le lien du manche qui le maintient. On n'y arrive qu'après deux tentatives infructueuses qui font perdre 5 minutes et seulement en se servant d'un autre instrument du même genre.

La paroi abdominale est suturée en deux plans. Un péritonéal (surjet de catgut), un cutané (crins de Florence). L'extrême minceur

de la paroi ne permet pas de faire de plan intermédiaire (musculo-aponévrotique). Pansement aseptique.

L'enfant, bien que ne présentant pas de symptômes alarmants est mis en couveuse pendant l'après-midi et la nuit. Après l'opération, il présentait un peu de cyanose et du refroidissement des extrémités.

Suites de couches. — Sitôt après l'opération la malade est transportée chambre 7. Elle vomit et se réveille. La journée est calme. Le soir, miction spontanée.

A 11 heures du soir la malade est un peu agitée (1/2 piqûre de morphine) et vomit un peu.

La nuit est calme. Miction spontanée.

26. — La malade a soif. Elle se rince la bouche avec de l'eau stérilisée. Toilette vulvaire.

La journée est calme.

Le soir, légère agitation, la malade se plaint: demi-piqûre de morphine à minuit. Sommeil calme.

Dans les 24 heures la malade a uriné 1.200 grammes.

27. — Alimentation : lait, champagne, bouillon, eau d'Evian. Lavement de vin suivi de garde-robe abondante.

Toilette vulvaire.

Pansement par M. Lepage.

Le soir, toilette vulvaire.

Urines des 24 heures : 1.300 grammes.

A minuit 1/2, piqûre de morphine. Nuit calme.

28. — Pansement. Lavement. Garde-robes abondantes. Toilette vulvaire.

Alimentation : lait, bouillon, champagne.

Urines des 36 heures : 1.500 grammes.

Le soir, nausées. Ventre ballonné, mais souple.

29. — Pansement. Le moignon est saupoudré de poudre de tannin et d iodoforme à parties égales.

Lavement. Garde-robes très abondantes.

Même alimentation.

Urines des 24 heures : 1 litre.

30. — Pansement. La mèche vaginale est retirée, une injection vaginale est donnée.

Alimentation : lait, potage, bouillon, champagne.

Urines des 24 heures : 1.250 grammes.

La malade continue à entrer en convalescence, chaque jour le pansement est fait, ainsi qu'une injection vaginale et une toilette vulvaire.

Les urines des 24 heures oscillent entre 1.000 et 1.500 grammes.

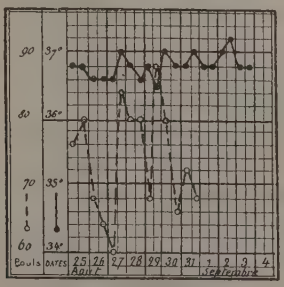
L'alimentation devient de plus en plus substantielle.

3 *septembre.* — Les fils sont retirés.

9. — Chute du moignon. L'état de la femme est excellent.

L'*enfant* est retiré de la couveuse le 26 *août*, sa température rectale est de 37°5.

Le soir, ses extrémités sont encore froides, sa température rectale



Graphique 36.

est de 36°6. Il est remis en couveuse. Une nourrice de service lui donne le sein.

27 *août.* — Il est retiré de la couveuse. T. 37°2.

Soir. T. 36°8. L'enfant est laissé dans son berceau. Il tète bien sa nourrice.

28. — Il a dépassé son poids de naissance, il pèse 3.740 grammes.

1^er^ *septembre.* — Il pèse 3.770 grammes et part en nourrice.

Le 21^e^ jour la mère quitte le service en parfait état.

10. — Année 1905. Obs. 1445.

Cyphose dorso-lombaire pure. — Rupture précoce des membranes. — Travail irrégulier — Opération de Porro par M. Wallich.

G. E.., 31 ans, primipare.

Serait née à 7 mois, et aurait été élevée dans l'ouate pendant plusieurs semaines. Allaitement au sein jusqu'à 15 mois. Aurait marché vers l'âge d'un an.

A 7 ans, apparition de douleurs rénales violentes. Station verticale difficile ; impossibilité de se redresser après s'être penchée en avant. Trois mois environ après l'apparition de ces premiers symptômes, on constate l'existence d'une déformation dans la région dorso-lombaire.

L'enfant est alors soignée à la consultation des Enfants-Malades, puis à l'Hôtel-Dieu (corset en cuir).

Un an après le début de l'affection, les douleurs rénales ont complètement disparu et la déviation rachidienne, qui a été d'abord en s'accentuant, reste stationnaire. L'enfant est envoyée à Berck où elle séjourne pendant deux ans. On applique un corset silicaté. Elle marche pendant tout ce temps avec des béquilles.

Au retour de Berck, elle va de nouveau se faire soigner à la consultation de l'Hôtel-Dieu où le corset silicaté est remplacé par un corset en cuir. Les béquilles sont supprimées. Le corset de cuir est abandonné vers l'âge de 14 ans.

Plusieurs mois plus tard, apparition d'une petite tumeur dans la région sacrée, à la partie haute du sillon interfessier. Au bout de plusieurs mois, apparition d'une fistule qui persiste pendant longtemps. La malade n'a jamais cessé de marcher et de travailler malgré la suppuration.

Depuis sa maladie, elle souffre continuellement d'oppression, de dyspnée d'effort ; bronchites répétées. Actuellement elle mesure 1 m. 35 ; thorax bombé d'emphysémateuse ; tête rentrée entre les épaules qui sont saillantes ; marche d'une seule pièce : attitude soudée. Voussure dans la région lombaire. Cyphose pure sur 12 centimètres de haut, régulièrement arrondie, de circonférence à grand rayon, mais formant cependant une saillie très manifeste, intéressant

les deux dernières dorsales et les premières lombaires, plus étendue dans la région dorsale. On ne peut préciser davantage, étant donné l'impossibilité de repérer toutes les apophyses épineuses lombaires. Cicatrice d'abcès à la partie supérieure du sillon interfessier. Evasement des crêtes iliaques qui viennent au contact des fausses côtes.

A partir du 5e mois de la grossesse, elle vient consulter plusieurs fois à la clinique Baudelocque.

Admise au dortoir le 18 août. Dernières règles : 25-28 novembre.

Examen de M. Wallich le 19 septembre : Présentation de l'extrémité céphalique, tête notablement descendue par rapport à ce qu'elle était lors de l'examen précédent, le 8 septembre. Détroit inférieur très rétréci. Quatre doigts sont difficilement placés de champ entre les deux ischions et chevauchent les uns sur les autres.

Début du travail : le 21 septembre, à 10 heures du matin. Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

A 6 heures soir, on constate ce qui suit : Présentation du sommet ; la tête est en partie engagée ; dos à gauche ; col en voie d'effacement.

Pendant la nuit et la journée du 22 septembre, contractions utérines assez espacées ; elles ne produisent aucun effet sur le col.

23 *septembre*. — 10 heures du matin. Le col est plus effacé et dilatable comme 2 francs. On fait des injections intra cervicales à 10 h. 15 matin. Pas de résultats appréciables.

Rupture précoce des membranes à 5 heures du soir. Pendant toute la journée et la nuit, contractions utérines énergiques, mais irrégulières.

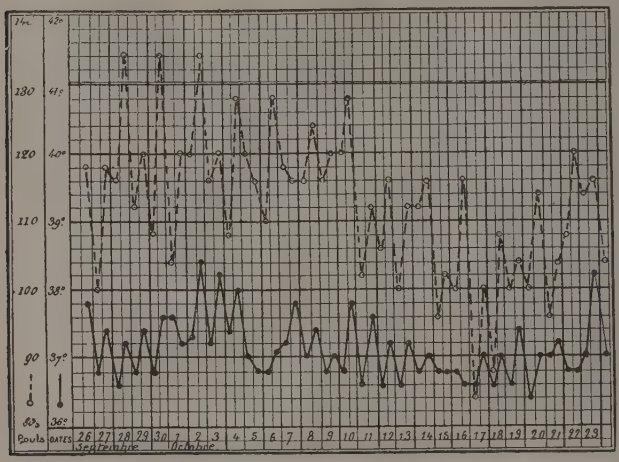
24. — 8 heures du matin. Contractions utérines très irrégulières. Bruits du cœur bons. T. 36°8. P. 108.

7 heures soir : T. 37°6. P. 116. Col incomplètement effacé, dilatable comme 2 francs. Les bruits du cœur fœtal sont difficiles à percevoir, sourds et irréguliers, entre 104 et 110.

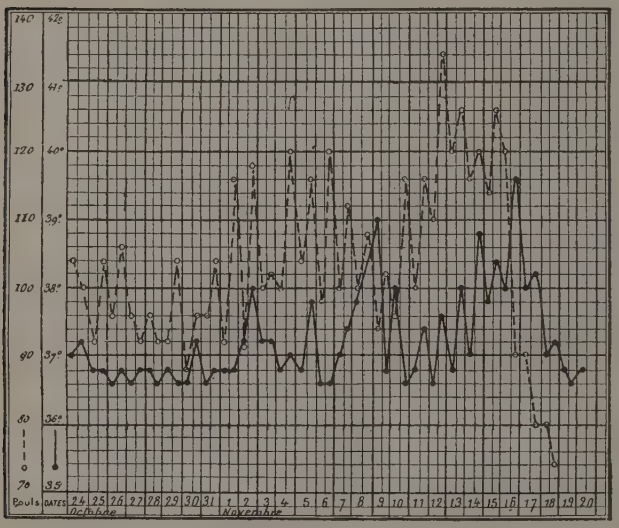
Pendant la nuit, contractions assez énergiques mais irrégulières et revenant à peu près tous les quarts d'heure Bruits du cœur fœtal sourds et lents, entre 100 et 120.

25. — 10 heures du matin. Contractions utérines toutes les deux minutes, très douloureuses ; col complètement effacé, dilaté comme 5 francs ; bords épais ; tête engagée dans la partie haute du

bassin appuyant bien sur l'orifice mais n'ayant pas encore abordé le



Graphique 37.



Graphique 37 *bis*.

détroit inférieur. Les épines sciatiques saillantes sont facilement

senties au-dessous et à distance de la tête. La tête est comme arrêtée à mi-chemin dans l'entonnoir pelvien. Les bruits du cœur fœtal sont mieux frappés que la veille ; la femme est très fatiguée.

Pendant la journée, les contractions s'espacent à nouveau et reviennent irrégulièrement toutes les 10, 14, 30 minutes. Le liquide amniotique qui s'écoule par la vulve est teinté de méconium, bien que les bruits du cœur restent bien frappés.

A 5 heures du soir, M. Wallich examine à nouveau la femme et constatant que l'état du col et le degré d'engagement de la tête sont restés les mêmes que dans la matinée, décide de pratiquer une opération de Porro.

Opération classique.

L'enfant, une fille, pesant 3.300 grammes, est extraite en état d'apnée et ranimée.

Un peu de liquide citrin à l'ouverture du ventre : points de suture au catgut pour réunir le péritoine pariétal au pédicule. Aucun incident.

Suites de couches. — Elles furent troublées pendant les trois premiers jours par des signes d'œdème pulmonaire avec dyspnée continue, toux quinteuse sans interruption, expectoration filante, sibilances, râles dans les poumons. Ventouses. Kermès.

Les fils furent enlevés le 8e jour.

Le pédicule tombe le 15e jour.

Le 50e jour, la malade quitte le service en bon état.

L'enfant qui pesait 3.100 grammes, rattrapait son poids de naissance le 7e jour. Il prenait le sein de sa mère à partir du 12e jour. Il pesait 4.100 grammes à sa sortie.

11. — Année 1907. Obs. 1144.

Bassin limite (Dia. Pro. s. Pub. 10 cent.). — Rupture précoce des membranes. — Dilatation de 5 francs après 3 jours de travail irrégulier. — OEdème du segment inférieur. — Putréfaction fœtale. — Physométrie.

Anna R..., 31 ans. Secondipare ; n'aurait marché qu'à l'âge de 3 ans, et si l'on ne trouve, actuellement, sur son squelette que des stigmates légers de rachitisme, on constate un aplatissement du bassin. Le diamètre Pr. s. P. mesure 10 centimètres.

Réglée à 14 ans et, depuis, régulièrement, elle se maria en 1901.

1re *grossesse* : Se termina en septembre 1902 par un accouchement qui fut très laborieux. L'enfant se présentait par la face, il fut extrait par le forceps et ne put être ranimé.

Grossesse actuelle. — Elle évolua sans incidents.

Dernières règles du 5 au 10 octobre 1906.

Pas d'albumine dans les urines.

La femme entre à la clinique Baudelocque le 7 juillet 1907. Le fond de l'utérus s'élève à 34 centimètres au-dessus du pubis.

Le fœtus se présente par l'extrémité céphalique. La tête n'est pas engagée, elle surplombe l'aire du détroit supérieur. Elle déborde en avant le pubis ; mais elle est encore trop peu fixée pour qu'on puisse juger du degré de la disproportion qui paraît peu accentuée.

M. Pinard, après examen, conseille d'attendre le travail, *de n'intervenir par section césarienne que si un incident menaçant le fœtus survenait pendant la période de dilatation et de pratiquer la symphyséotomie si, la dilatation étant complète, l'engagement de la tête ne se produisait pas.*

25. — Le travail commence à 1 heure du matin.

Le fond de l'utérus s'élève à 35 centimètres du pubis.

Le fœtus vivant se présente en O I G T.

La tête est très élevée.

Les *membranes sont intactes.*

Les contractions utérines régulières reviennent toutes les 10 minues.

A 6 h. 1/2 du matin, *rupture précoce*, spontanée des membranes. *Le liquide est vert.*

Les bruits du cœur sont bons, il n'y a pas de procidence.

Le col est dilaté comme une pièce de 1 franc.

A 11 heures, le col est ouvert comme une pièce de 5 francs. La tête se fixe sur l'aire du détroit supérieur qu'elle déborde peu. Elle est inclinée sur son pariétal postérieur. La suture sagittale est à 1 centimètre du pubis. Les bruits du cœur sont bons. Les contractions utérines régulières et fortes.

Tout, jusque-là, marche régulièrement et permet d'espérer un accouchement spontané. La possibilité de pratiquer une symhyséotomie dans de bonnes conditions, si l'obstacle mécanique n'est pas

vaincu par les contractions utérines, donne, d'ailleurs, toute quiétude sur la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles.

Or les événements devaient déjouer ces prévisions :

A partir de midi, les contractions faiblissent, et, jusqu'au lendemain, restent très espacées et irrégulières, en dépit d'un grand bain chaud et d'injections intracervicales à 50° répétées toutes les quatre heures.

Une injection sous-cutanée de 40 grammes de sérum anti-streptococcique est pratiquée.

26. — Au matin, le col est reformé Pas de contractions.

Toutes les 3 heures, injection vaginale à l'aniodol.

Le soir. T. 39°8. P. 88.

La nuit se passe sans incident, les douleurs sont rares et faibles.

27. — Au matin. T. 37°. P. 80.

Soir. T. 37°2. P. 100.

28. — Au matin. T. 37°4. P. 100.

De l'utérus coule un liquide chocolaté fétide, mais les contractions utérines reparaissent assez fortes toutes les 20 minutes.

La dilatation fait quelques progrès et arrive à dépasser à 10 heures les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Bruits du cœur fœtal accélérés, 160-168.

28. — A 1 heure du soir. La situation est la suivante :

Les contractions utérines douloureuses sont, à nouveau, suspendues.

Le pouls maternel est à 120.

L'écoulement utérin est extrêmement fétide.

Les bruits du cœur fœtal deviennent irréguliers, mal frappés et ralentis.

En l'absence de M. Mouchotte, Mlle Roze prie M. Couvelaire de venir voir la parturiente, dont l'état commence à lui donner quelque inquiétude.

M. Couvelaire fait alors les constatations suivantes :

L'utérus est rétracté sur le fœtus, la palpation en est douloureuse, la région du segment inférieur est particulièrement douloureuse au palper et *l'on perçoit nettement à gauche de la crépitation neigeuse* ; il n'y a pas de tympanisme utérin.

Le col œdématié est entr'ouvert comme 5 francs, une bosse séro-sanguine fait saillie de l'orifice, la tête est élevée.

La partie du segment inférieur de l'utérus, accessible au toucher, est épaisse et œdématiée.

Un liquide marron, extrêmement fétide, s'écoule du vagin tuméfié. La vulve est rouge et œdématiée.

L'auscultation fœtale est négative ; on perçoit bien des battements dont la fréquence (120) peut éveiller l'idée de battements fœtaux ; mais leur synchronisme avec le pouls maternel rend au moins impossible la vie du fœtus.

L'état général de la parturiente est mauvais.

Il y avait une indication urgente à délivrer la femme, à vider l'utérus infecté, œdématié de son segment inférieur et menacé de rupture.

A 2 h. 1/2, M. Couvelaire, aidé de M. Lacasse, pratique une hystérectomie à la Porro.

Les précautions indispensables furent soigneusement prises, à savoir :

L'ouverture de l'utérus préalablement extériorisé et réellement isolé de la cavité abdominale.

Au cours de l'intervention l'œdème du segment inférieur fut constaté *de visu*.

Le fœtus mort pesait 2.700 grammes. D. Bi-P. 8 centimètres.

Suites opératoires. — Elles ont été aussi simples que possible.

En 48 heures le pouls descendit de 128 à 96, pour ne plus dépasser 84 à partir du 6e jour.

La température ne dépassa pas 38°4, maximum atteint une seule fois le 4e jour et fut définitivement normale à partir du 6e jour.

Le 12e jour, le moignon à demi-détaché fut excisé d'un coup de ciseau.

Le 31e jour, la femme guérie quittait le service, sans utérus, mais vivante et en bonne santé.

12. — Année 1907. Obs. 1210.

Opération de Porro pratiquée pour dystocie déterminée par une sténose cicatricielle de l'orifice interne. — Mort du fœtus. — Début de physométrie. — Opération de Porro par M. Mouchotte. — Hémorragie grave au 11e jour par arrachement du pédicule.

(*Revue d'obstétrique et de pédiatrie.*)

D. M.. , 27 ans, ménagère, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 15 ans, elle devint enceinte pour la première fois à 20 ans.

Cette première grossesse est interrompue au 4e mois par un avortement provoqué.

Les suites furent pathologiques et un praticien pratiqua un curettage.

En 1905, à l'âge de 25 ans, D. M...,enceinte pour la deuxième fois, expulse chez elle, au cours du septième mois, un fœtus qui se présente par le siège; les suites de couches furent également pathologiques. *Deux curettages* furent pratiqués à l'hôpital Lariboisière, l'un au quatorzième jour, l'autre au seizième jour.

En octobre 1907, commence une troisième grossesse, la grossesse actuelle.

Les dernières règles datent du 13 au 16. Cette grossesse évolue normalement. Une légère albuminurie, apparue au huitième mois, disparaît rapidement après quelques jours de régime lacté.

M. Chevalier, répétiteur à la clinique Baudelocque, qui donne ses soins à D. M..., constata, en fin juin, une présentation du siège : il fait une version par manœuvre externe. La tête demeure en bas.

Le 30 *juillet*, à 1 heure du soir, débute le travail. A 3 heures, les membranes se rompent spontanément : le liquide qui s'écoule est vert purée.

La hauteur de l'utérus est de 32 centimètres. Sa tête, qui se présente au-dessus du détroit supérieur, ne déborde pas l'aire de ce détroit ; le dos du fœtus est à gauche. L'auscultation est alors normale.

Au toucher, le col paraît long, perméable ; l'orifice interne est ouvert comme 50 centimes.

Pendant toute la nuit du 30 et la journée du 31 juillet, les contractions utérines sont subintrantes, et l'orifice interne qui s'est ouvert comme 1 franc ne se modifie plus désormais. Le travail n'aboutit à aucun résultat La tête fœtale reste au-dessus du détroit supérieur.

31. — A 10 heures du soir, les battements du cœur deviennent irréguliers. A 11 heures du soir, ils ne sont plus perçus. Les contractions utérines s'atténuent dans la nuit, elles sont de nouveau subintrantes vers 7 heures du matin le 1er août.

M. Mouchotte, appelé auprès de cette femme le 1er août, vers 11 heures du matin, confirme les constatations de MM Chevalier et Monnier.

Il remarque que l'orifice interne présente en avant et sur les côtés *une épaisse et haute bride cicatricielle résistante et non susceptible d'être dilatée*.

Etant donné, d'autre part, la mort du fœtus, M. Mouchotte pense qu il y a lieu de pratiquer l'opération de Porro et fait transporter la femme à la clinique Baudelocque.

D. M... est amenée à la clinique Baudelocque le 1er août à midi.

M. Pinard, mis au courant de la situation, conseille à M. Mouchotte d'intervenir sans retard.

A 2 heures de l'après-midi, M. Mouchotte pratique la laparotomie.

Opération classique. — Amputation utéro-ovarique à la façon de Porro.

Au moment de l'extraction, il s'exhale de l'utérus *une odeur fétide, en même temps que s'échappent des gaz, indice d'un début de putréfaction*.

L'utérus amputé, les gants qui ont servi aux opérateurs sont retirés, l'opération est terminée les mains nues.

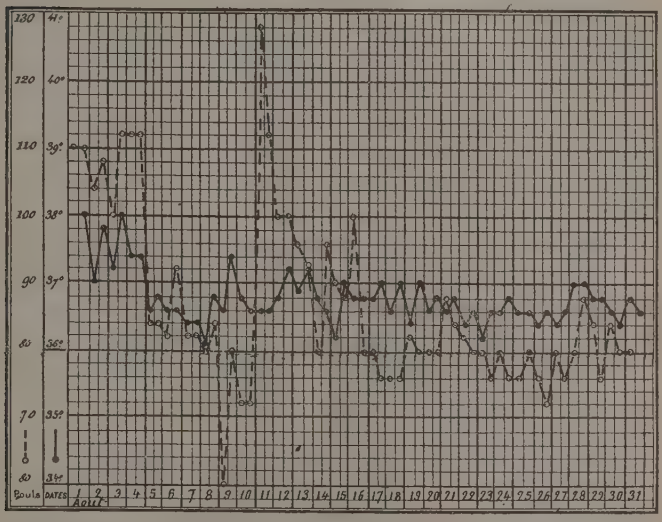
Suites de couches. — L'enfant extrait (garçon) pèse 3.000 grammes, le placenta 500 grammes. Les suites opératoires sont simples : la température oscille entre 37° et 38° et le pouls à 104 et 112 pendant les trois premiers jours

Le 11e jour, le moignon, en partie sphacélé, est arraché à l'occasion d'un mouvement de la malade qui s'assied sur son lit. Celle-ci se sent

immédiatement mouillée et défaillante. Du sang s'écoule en abondance au-dessous du pansement. Les téguments pâlissent ; le pouls s'accélère.

M. Mouchotte, présent, constate que, sur le bord droit du pédicule arraché, des vaisseaux saignent abondamment. Des pinces de Kocher sont placées sur les vaisseaux, puis la malade est transportée à la salle d'opération et anesthésiée.

Une ligature au catgut remplace les pinces ; en outre, le moignon



Graphique 38.

est comprimé entre deux tampons : un premier abdominal qui remplit l'infundibulum, déterminé par la chute du moignon, un deuxième vaginal très serré.

Du sang s'est écoulé par l'orifice du moignon cervical dans la cavité vaginale qu'il a fallu débarrasser d'une grande quantité de caillots avant d'introduire le tampon.

Tampon changé 4 heures après son introduction. A partir de ce moment les suites sont simples et la femme quitte le service le 43e jour

13. — Année 1907. Obs. 1986.

Bassin étroit canaliculé (M. Pinard). — Dilatation stationnaire. — Rupture précoce des membranes, liquide vert purée, fétide, modification des bruits du cœur. — OEdème du segment inférieur. — Opération de Porro par M. Mouchotte (gros œuf).

S. M..., IIIpare, 39 ans, ménagère, ignore son mode d'allaitement, ainsi que l'âge de ses premiers pas.

Réglée à 17 ans, régulièrement, les règles durent de 6 à 7 jours environ. Les premiers rapports sexuels eurent lieu à 24 ans.

Accouchements antérieurs. — 1° En 1898, à 29 ans, elle devient enceinte. Cette première grossesse se termine, soi-disant à terme, par l'expulsion spontanée d'un garçon en présentation du sommet. L'enfant fut nourri au biberon par une nourrice inconnue de la mère et mourut à 19 jours d'entérite (septembre).

Les règles réapparaissent 6 semaines après l'accouchement.

2° Une deuxième grossesse se termine en février 1900 à terme? par un accouchement également spontané. L'enfant fut nourri au sein par une nourrice inconnue de la mère, 4 mois, puis ensuite au biberon par la même nourrice. Cet enfant pesait 2.500 grammes à la naissance? eut sa première dent à 10 mois, fit ses premiers pas à 12 mois et est actuellement vivant.

Réapparition des règles, 6 semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle. — Les règles se montrent pour la dernière fois du 1er au 4 mars.

Pendant toute la durée de sa grossesse, la femme ne fait que son ménage, elle ne peut faire aucun travail, parce qu'elle ressent constamment de violentes douleurs abdominales.

Elle ne consulte à aucun moment.

Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent le 16 décembre à 10 heures du matin ; elle fait appeler une sage-femme, celle-ci l'assiste jusqu'au 16 décembre, 10 heures du soir. Le 16 décembre à 5 heures du soir, les membranes s'étaient spontanément et franchement rompues A ce moment, la dilatation restant stationnaire, la sage-femme conduit la parturiente à la clinique Baudelocque, 16 décembre 1907, où l'on fait les constatations suivantes :

Femme de petite taille ne présentant pas de signes nets de rachitisme.

Hauteur utérine : 40 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique en G. T. Enfant vivant. Dilatation de 2 francs.

Les bords de l'orifice sont très épais. Les membranes sont rompues, le liquide qui s'écoule est vert purée. La tête est d'aplomb au détroit supérieur, fortement inclinée sur son pariétal postérieur.

La femme est extrêmement agitée Il est impossible, en raison de la résistance qu'elle oppose, de pratiquer l'examen du bassin.

La sage-femme qui l'accompagne dit que les membranes se sont rompues le 10 décembre à 5 heures du soir et que la dilatation était à ce moment d'une petite paume de main.

Après la rupture de la poche des eaux, l'orifice serait revenu sur lui-même.

On donne à la femme un bain d'une heure, soins antiseptiques. Sérum antistreptococcique, 40 grammes. Injections vaginales à 50°.

Pourtant toute la nuit la femme a des contractions utérines espacées, elle est dans un état d'agitation extrême.

17 *décembre*. — 8 h. du matin. La tête n'a pas changé d'attitude. L'orifice est dilaté comme 5 francs, les bords en sont très épais. Les bruits du cœur sont bons. Le pouls est à 88. T. 36°8.

10 h. matin. Examen de M. Pinard. *Il pratique le palper mensurateur et constate que la tête n'est pas engagée et qu'elle déborde le pourtour du détroit supérieur. Œdème sus-pubien. Les bruits du cœur sont modifiés. Le liquide commence à être fétide. Le bassin est étroit, le promontoire accessible ainsi que la face antérieure du sacrum.*

Les bords de l'orifice dilatés comme 5 francs sont épais et très œdématiés. L'œdème remonte et s'étend sur tout le segment inférieur. *La tête est très haut située.*

Etant donné l'état du bassin, l'œdème considérable du segment inférieur, la modification des bruits du cœur, M. Pinard décide qu'il y a lieu de pratiquer l'hystérotomie et comme le liquide commence à être fétide. M. Pinard formule l'indication de faire suivre l'hystérotomie de l'amputation utéro-ovarique de Porro.

Opération. — A 11 h. 45. M. Mouchotte pratique la laparotomie. L'utérus est extériorisé, le fœtus est extrait, c'est un garçon qui

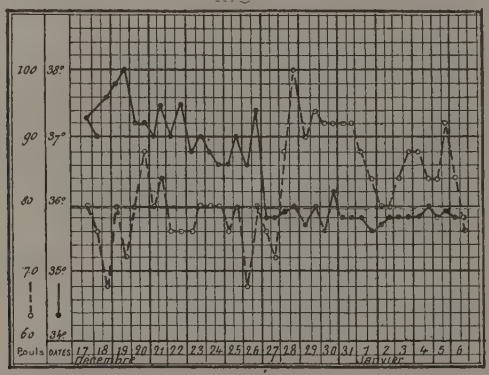
pèse 3.920 grammes et qui crie aussitôt. D. Bi-P., 9, 7. Placenta, 720 grammes.

Amputation utéro-ovarique à la façon de Porro. Les gants sont changés, à cause de la fétidité du liquide amniotique.

Un drain n° 40 est placé à la partie inférieure de la plaie. Pansement aseptique. Durée de l'opération, 25 minutes.

Suites de couches. — 17 *décembre.* — 3 h. 30. La malade est agitée, on lui fait une demi-piqûre de morphine. La nuit est assez calme.

18. — La malade est agitée, on lui fait, à minuit, une demi-piqûre de morphine. La nuit est calme.



Graphique 39

19. — Un lavement évacuateur est suivi de garde-robes abondantes.

Le pansement est refait, le drain enlevé.

La malade urine spontanément 800 grammes.

Le soir la malade est encore un peu agitée, on lui refait à minuit une demi-piqûre de morphine.

Les jours suivants, l'état est bon, des pansements quotidiens sont faits.

Le 26. — Chute du moignon.

La malade quitte le service en parfait état le 26 janvier.

L'enfant pèse, le lendemain de l'opération, 3.680 grammes, il rattrape son poids de naissance le 20ᵉ jour. Il a été mis au sein de

sa mère dès le 20 décembre. Il fait des augmentations quotidiennes de 20 à 30 grammes en moyenne. Il quitte le service en bon état, allaité par sa mère et pesant 4.330 grammes.

2° HYSTÉRECTOMIE

1. — Année 1897. Obs. 180.

Albuminurie.— Bassin vicié rachitique. — Gastro-hystérotomie suivie d'hystérectomie totale par MM. Pinard et Segond. — Membranes rompues (durée de l'opération : 1 h. 20). — Utérus infecté. — Mort.

Femme R. ., 41 ans, primipare, entre à la clinique Baudelocque le 27 janvier à 10 heures du soir, étant en travail depuis 4 heures de l'après-midi

Premiers pas à 18 mois.

Dernières règles du 20 au 23 avril.

La sage-femme qui était auprès de la parturiente au début du travail, demande l'avis d'un médecin, qui, constatant un rétrécissement du bassin, pense que l'accouchement ne pourra pas se faire sans symphyséotomie et l'envoie à Baudelocque à 10 heures du soir.

Examen à l'entrée. – Hauteur de l'utérus. 37 centimètres. tête très élevée. Albumine en quantité notable. Taille 1 m. 41. Membres incurvés en dehors, œdème malléolaire. O I.G.T., enfant vivant. D. Pro-sous-pubien, 8,2. Membranes intactes. Dilatation 50 centimes. T. 37°2, P. 96.

Etat général assez précaire, pommettes rouges, agitation. Langue saburrale.

28 *janvier*. — A minuit 45. Dilatation 1 franc. Rupture précoce des membranes, le liquide qui s'écoule est vert purée. Les bruits du cœur sont encore bons.

Injection vaginale antiseptique. Mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

A partir de 1 heure du matin, les bruits du cœur fœtal deviennent irréguliers entre 120 et 170, à 1 h. 55 ils tombent à 84.

T. 37°1. P. 120. Contractions utérines irrégulières.

Jusqu'à 10 h. 46, heure à laquelle M. Pinard examine la femme, l'état est resté stationnaire.

A ce moment, M. Pinard, retirant du vagin la mèche de gaze iodoformée, constate qu'elle est teintée en vert, et enduite d'une purée de méconium qui commence à sentir mauvais.

Dilatation 1 franc. Tête toujours très élevée, bosse séro-sanguine volumineuse. Bruits du cœur irréguliers

L'utérus vide de liquide s'applique étroitement sur le fœtus, et, au-dessus du pubis, on voit une bosse énorme séparée du reste de l'organe par un méplat très accentué.

L'état général de la femme est toujours médiocre.

Face vultueuse, agitation, peau chaude quoique la température centrale soit normale. Pouls 120. Langue sèche.

L'enfant est sérieusement compromis, un traumatisme quelconque lui sera funeste. Le travail est stationnaire, la femme albuminurique, surmenée, en mauvais état, commence à s'infecter, le pouls est à 120, *le contenu utérin sent mauvais. Que faire ? Une symphyséotomie donnera certainement un enfant mort et, du reste, il faudrait faire une dilatation préalable ou, du moins, attendre que la dilatation soit complète. Expectative qui serait mauvaise pour la mère et pour l'enfant. Dans ces conditions, M. Pinard décide de pratiquer une opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale.*

Opération à 1 h. 15 de l'après-midi. par MM. Pinard et Segond.

Anesthésie. Toilette vaginale et abdominale.

Cathétérisme.

1 h. 27. Incision de la paroi depuis le pubis jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Utérus extrait de l'abdomen, pinces à mors sur les parois abdominales pour fermer la cavité.

La ligature élastique ne peut être bien appliquée sur le segment inférieur, car elle étrangle le fœtus et il est impossible de relever la tête ; le caoutchouc est donc appliqué sans être très serré.

A 1 h. 32. Incision de l'utérus. Extraction d'une fille pesant 2.850 grammes en état de mort apparente, recouverte d'un enduit vert. Ranimée au bout de 10 minutes. D. Bi-P. : 9,6. Placenta 450 grammes.

Il s'est écoulé, en même temps, une assez grande quantité de liquide purée sentant mauvais.

La femme est mise sur le plan incliné et M. Segond procède à

l'hystérectomie. La ligature élastique est tombée, mais l'utérus ne saigne pas.

Ligature de l'utérine, de l'utéro-ovarienne gauche, renversement de l'utérus extrait, décollement du péritoine sur la face antérieure de l'utérus, ouverture du vagin, ligature de l'utérine et de l'utéro-ovarienne droite, enlèvement de l'utérus, fermeture des ligaments larges. Mèche introduite par l'abdomen et ressortant par le vagin, peu recouverte du lambeau péritonéal supérieur, nettoyage de la cavité péritonéale et fermeture du ventre à 2 h. 35 dans la position horizontale.

L'opération avait duré 1 h. 20, et n'avait présenté aucun incident pendant les 10 dernières minutes de l'opération, le pouls était devenu filiforme, il redevient comptable et bien frappé : 120 sitôt le pansement fini

Injection au sérum salé, 500 grammes.

L'utérus enlevé contenait plusieurs fibromes sous-péritonéaux.

Suites opératoires. — Dans les heures qui suivent, le pouls redevient rapide et petit. Le facies est grippé.

29. — Nuit, vomissements, agitation, douleurs abdominales, une piqûre de morphine.

Le matin. Quelques vomissements bilieux, plaintes continuelles, pas de gaz par le rectum.

11 heures du matin. Lavement de vin rendu aussitôt sans matières.

2 heures du soir. Deux lavements de vin avec une longue canule. Pas de résultat abondant.

On injecte sous la peau 1.000 grammes de sérum salé.

3 heures du soir. Nouveau lavement sans résultat.

La malade est agitée.

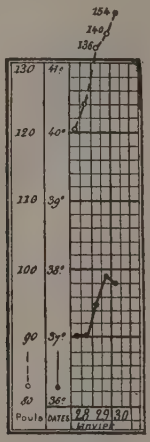
30. — Le pouls, très rapide, est irrégulier et filant. Le ventre s'est ballonné considérablement. Facies abdominal. Extrémités froides. Plaintes continues, somnolence, teinte subictérique.

La femme succombe à 4 heures du soir.

Autopsie. — Ouverture de la plaie opératoire, les intestins paraissent absolument normaux, il n'y a aucun épanchement d'aucune sorte.

On a beaucoup de difficultés pour puiser dans le petit bassin assez

de liquide pour ensemencer des tubes ; il n'y a pas deux cuillerées à café de sang dans tout le péritoine.



Graphique 40

Des tubes sont ensemencés avec le liquide péritonéal, le sang du cœur et du foie.

Les tubes du foie et du péritoine ont, seuls, donné des cultures à coli.

L'enfant quitte le service le 4 février, pesant 2.670 grammes.

CHAPITRE III

UTÉRUS RUPTURÉS

Nos	ANNÉES	OBSERVATIONS	INDICATIONS	FEMME	ENFANT	PAGES
			Opérations de Porro.			
1	1900	2176	Basiotripsie suivie de rupture utérine.....	V.	Mort avant la naissance.	227
2	1906	»	Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne pratiquée pour bassin oblique ovalaire.....	V.	Mort avant la naissance.	230
3	1906	1516	Opération césarienne conservatrice. Désunion de la plaie opératoire.....	V.	V.	234
			TOTAL : 3 opérations. 3 guérisons.			

Un fait domine dans cette étude, c'est la rareté des indications de l'opération de Porro. Quelle en est la raison, et comment résumer en quelques mots la thérapeutique employée dans les cas de ruptures utérines. Nous rapportant aux conclusions de Varnier, dans son mémorable rapport présenté au Congrès de Nantes (1), nous voyons que :

Le traitement conservateur ne doit point être adopté, non pas qu'il ne puisse donner quelques succès, même dans les délabrements énormes auxquels donne lieu la rupture com-

(1) VARNIER, Rapport présenté au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, IIIe session, Nantes, septembre 1901, p. 6.

plète, suivie du passage du fœtus dans le ventre. Mais ces succès mêmes constituent un tour de force qui « fait très bien dans le compte rendu d'une société savante », mais dont on ne saurait prétendre constituer le traitement de pareil traumatisme.

Selon l'heureuse expression de Varnier :

« Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne, si elle en réchappe, à mettre en réforme pour blessure grave contractée dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

Pour éviter d'exposer à une récidive un utérus ainsi taré, il est de toute nécessité de l'enlever.

A quelle variété d'hystérectomie abdominale faudra-t-il donner la préférence ? Nous reportant aux conclusions formulées par notre maître et ami le docteur Sauvage (1) dans sa thèse, nous dirons que :

En règle générale, la façon la plus logique et en même temps la plus chirurgicale de procéder consistera à amputer l'utérus de telle façon qu'on enlève toute la portion dans laquelle se trouve la déchirure. On sera ainsi amené à faire une hystérectomie supra-vaginale quand les lésions s'arrêteront au-dessus du col, une hystérectomie abdominale totale dans les cas contraires.

Quand la déchirure sera transversale, n'ayant pas à choisir le niveau auquel on devra sectionner l'utérus, la règle sera de couper la partie restante du tissu utérin suivant une ligne horizontale rejoignant les deux extrémités de la rupture.

C'est donc l'hystérectomie totale dans les cas de délabrement du col trop étendu et quand l'état de la femme le permet et *surtout la supra-vaginale*, avec fixation rétro-pariétale du

(1) C. Sauvage, *Lésions et traitement des ruptures utérines pendant le travail*. Thèse Paris, 1902, Steinheil, édit., p. 90.

moignon et toujours associé au drainage, qui constituent la méthode de choix dans les cas de ruptures utérines les plus fréquentes,c'est-à dire celles qui siègent au niveau du segment inférieur, qu'elles soient complètes ou incomplètes.

L'opération de Porro ne pourra être pratiquée que dans les cas relativement rares, où les lésions ne se propageant ni trop loin,ni surtout trop bas, il n'y a pas de déchirures et de décollements étendus du péritoine. En un mot,dans les cas où, aux dépens de la partie située au-dessous de la déchirure, il sera possible de tailler un moignon et de l'extérioriser selon le procédé de Porro (n° 1, 1900, obs. 2176, p. 227).

Cependant, comme le dit Sauvage (1), la méthode de Porro trouve encore des indications dans la pratique courante.

« Dans des conditions spéciales, lorsque l'opérateur n'est pas familiarisé avec la pratique de la chirurgie abdominale, qu'il y a des difficultés d'aide et de matériel, qu'il importe d'opérer particulièrement vite à raison de l'état de shock dans lequel se trouve la femme, l'opération de Porro pourra rendre de grands services dans le traitement des ruptures. »

Dans ces cas, elle devra être associée à la suture de la partie de la déchirure restée au-dessous de la ligature élastique et surtout, *à un drainage* particulièrement soigneux.

Dans le second cas qui nous occupe (n° 2, 1906, p.230), il s'agit d'un cas des plus rares, puisque M. Couvelaire, dans l'article dont nous nous inspirons, n'en n'a relevé que 8 cas dans la littérature obstétricale (2) ; mais des plus intéressants car il a trait au pronostic à porter, au point de vue des grossesses consécutives à une opération césarienne conservatrice. Cette observation prouve que malgré les résultats heureux de nom-

(1) Sauvage, Thèse Paris, 1902, p. 92.

(2) Couvelaire, Rupture de la cicatrice d'une ancienne césarienne, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1906, p. 159.

breuses césariennes répétées, résultats mis en lumière par le mémoire de M. Fruhinsholz (1), il n'en est pas moins vrai que certaines réserves doivent être formulées.

La rupture utérine peut se produire alors même que la technique suivie et les suites opératoires ont été cliniquement correctes. Une surveillance obstétricale attentive est absolument nécessaire dans tous les cas et doit être d'une rigueur absolue pendant les deux derniers mois de la grossesse, époque d'élection de la rupture. La constatation au cours de ces deux derniers mois d'une surdistension utérine (grossesse gémellaire à hydramnios (obs. 2, 1906, p. 230), accroissant les risques éventuels de rupture, pourra faire naître l'indication d'une opération césarienne avant le début du travail.

Dans le cas qui nous occupe et que nous avons pu suivre, la rupture est survenue brusquement. La rupture siégeant assez haut, et sur toute la face antérieure de l'utérus (son extrémité supérieure plus rapprochée de l'insertion tubaire gauche (3 cent.) que de la droite (8 cent.), il a été possible à M. Couvelaire de pratiquer l'amputation de l'utérus à *un centimètre au-dessus* de la limite inférieure de la cicatrice. L'état de la femme était des plus graves, il y avait surtout à agir vite, l'opération de Porro réalisant, selon la règle, le maximum de rapidité, de sécurité et de simplicité, a permis à la femme de quitter la clinique, sans utérus, c'est-à-dire sans isquer évident pour l'avenir de rupture itérative, vivante et en bonne santé.

Enfin, la dernière observation de notre travail (3, 1906, obs. 1516, p. 234), est relative à un cas que nous avons un peu arbitrairement placé dans le cadre des ruptures utérines. Il s'agit d'une femme qui, ayant subi une opération césarienne conser-

(1) Fruhinsholz, De l'opération césarienne repétée chez la même femme. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1902, p. 135.

vatrice le 11 septembre 1895, présenta, le lendemain, des symptômes généraux très graves d'hémorragie. Le pansement défait, on constata que la plaie utérine était désunie. L'opération de Porro aussitôt pratiquée fut suivie d'un succès complet.

1. — Année 1900. Obs. 2176.

Rupture utérine. — Basiotripsie. — Délivrance artificielle. Opération de Porro faite par M. Paquy.

P. J..., blanchisseuse, 35 ans, II pare, entre à la clinique le 15 novembre à 5 h. 15 du soir.

Réglée à 17 ans, toujours régulièrement.

Premier accouchement le 4 juillet 1898, à la clinique Tarnier. Sommet, spontané à terme. Enfant vivant.

Dernières règles du 26 au 28 février. Apparition des premières douleurs le 19 novembre à 9 heures du matin. Une sage-femme prévenue se présente chez la parturiente à midi, constate la dilatation est complète et rompt les membranes. Liquide normal.

Elle engage ensuite la malade à pousser des efforts expulsifs. A 2 h. 1/2, voyant que la tête n'avait aucune tendance à s'engager, elle fait appeler un médecin qui conseille le transport à l'hôpital.

A 5 h. 15 du soir, la femme arrive à la clinique.

Examen. — Etat général bon. Pouls 108 T. 37°.

Hauteur de l'utérus, 30 centimètres.

Palper. — Tête au détroit supérieur, dos à gauche. Enfant vivant.

Toucher : dilatation complète, membranes rompues.

Liquide vert. Sur la tête fœtale on sent une bosse séro-sanguine volumineuse qui occupe l'aire du détroit supérieur. Le doigt arrive sur le promontoire très facilement.

Diamètre P.-S.-P. 9,5 centimètres.

Immédiatement au-dessus du pubis, le doigt arrive sur une tuméfaction paraissant siéger au-dessous de la couche musculaire, remontant un peu au dessus de la symphyse et débordant latéralement la ligne médiane de 5 centimètres à droite et à gauche. Le cathétérisme ayant démontré qu'il ne s'agissait pas de la vessie pleine, on croit avoir affaire à un cas d'œdème profond de la région sous-pubienne fréquemment observé dans les cas de bassin rétréci.

Après avoir fait ces différentes constatations, Mlle Roze fait donner un bain d'une heure à la femme et fait préparer ce qui est nécessaire pour l'agrandissement du bassin.

A 8 heures du soir, M. Paquy examine la femme et fait les mêmes constatations.

Les contractions utérines sont régulières et reviennent toutes les 5 minutes environ.

Battements du cœur fœtal irréguliers.

Au toucher, on sent la tête fixée et inclinée sur le pariétal gauche, la suture sagittale est à 1 centimètre environ de la face postérieure de la symphyse.

Température 37°1. Pouls 108.

9 h. 30 *soir*. On constate que subitement la tuméfaction de la région hypogastrique a gagné l'ombilic et s'étend à gauche, refoulant l'utérus à droite. On entend les battements du cœur fœtal. On pense alors à la possibilité d'une rupture utérine. Le pouls maternel est à 120.

La malade est chloroformisée et on pratique la basiotripsie.

L'enfant pèse 3.000 grammes sans matière cérébrale.

Aussitôt après l'extraction du fœtus (un garçon), une main introduite dans la cavité utérine reconnaît l'existence d'une déchirure de la paroi utérine intérieure, s'étendant à gauche et située immédiatement au-dessous du bord inférieur du placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus. Délivrance artificielle. Placenta 300 grammes.

Opération. — On pratique immédiatement la laparotomie. A l'ouverture du ventre, on trouve l'utérus dévié à droite ; à gauche, un énorme hématome du ligament large du volume d'une tête d'enfant de 3 à 4 ans.

La déchirure est sous-péritonéale. On place à droite et à gauche une ligature sur les utéro-ovariennes au-dessous de la trompe ; on les sectionne au-dessous de la ligature et on les rejoint par une incision transversale grâce à laquelle on décolle la vessie de la face antérieure de l'utérus.

On prolonge l'incision sur la face antérieure du ligament large gauche de façon à l'ouvrir largement afin de pouvoir le vider des caillots qui le remplissent. Il est impossible de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale ; il semble plus prudent de placer une broche

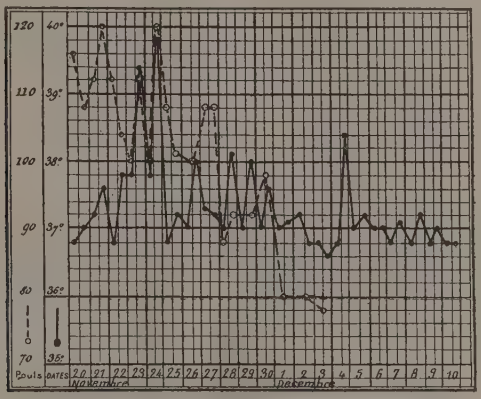
et une ligature au-dessous de la déchirure et de pratiquer l'amputation de l'utérus au-dessus, de façon à extérioriser le moignon utérin probablement infecté.

On fait un surjet au catgut sur le ligament large. Mèche de gaze stérilisée dans le cul-de-sac de Douglas et sortant par la plaie abdominale au-dessous du pédicule. Suture de la paroi.

Durée de l'opération 55 minutes.

A minuit, injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum salé.

20 *novembre*. — Etat général bon.



Graphique 41

21. — Lavement.

23. — Purgatif. Garde-robe abondante. Le soir, la malade commence à s'alimenter.

24. — Premier pansement. On enlève la mèche de gaze et on la remplace par un drain.

27. — Chute du pédicule, on supprime le drain.

29. — On enlève les fils profonds.

11 *décembre*. — La femme se lève. Elle part en bon état le 19 décembre.

2. — Année 1906 (Obs. personnelle).

Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios.

Observation communiquée par le Dr Couvelaire, à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, en mars 1906.

Bassin oblique ovalaire (type Naegelé).

1re grossesse : Opération césarienne conservatrice pendant le travail, en juillet 1902. Enfant vivant. Suites simples.

2e grossesse : Avortement de 2 mois environ en novembre 1904.

3e grossesse : Hydrammios. Rupture de la cicatrice au cours du 9e mois, en décembre 1905. Enfant mort. Opération de Porro. Guérison.

B..., née de parents actuellement vivants et bien portants, a marché à 1 an et toujours bien depuis ; n'a jamais été malade.

Réglée à 16 ans et toujours régulièrement jusqu'à 20 ans, époque de sa première grossesse.

1re grossesse : Dernières règles, du 20 au 25 septembre 1902.

Les premiers mois se passent sans incident pathologique.

Elle vient à la consultation de la clinique Baudelocque le 6 juin 1903, enceinte de huit mois environ. On constate l'absence d'accommodation pelvienne et la présence d'albumine dans les urines, et on la fait immédiatement entrer à la clinique.

L'examen systématique du bassin, imposé par la présence, au-dessus du détroit supérieur, d'une tête mobile, débordant notablement le pubis, conduit au diagnostic de malformation oblique ovalaire du bassin.

La vulve et la symphyse pubienne sont légèrement déjetées à gauche du plan médian du corps. L'asymétrie des hanches et des fesses est évidente. La fesse droite est aplatie, la crête iliaque droite plus élevée de 4 centimètres que la gauche ; le sillon interfessier légèrement oblique en bas et à gauche ; le pli fessier droit surélevé.

La palpation permet de repérer les épines iliaques postérieures par rapport à la ligne épineuse lombo-sacrée : 4 centimètres de distance à gauche, 2 centimètres à droite.

Le toucher vaginal digital permet de reconnaître le redressement

de la ligne innominée droite, la saillie de l'épine sciatique gauche, et d'atteindre la partie postérieure de l'aire du détroit supérieur dans une région correspondante, non au promontoire déjeté à droite, mais à une région sacro-iliaque gauche.

La région sacro-iliaque droite est constituée par une étroite gouttière, limitée par l'os iliaque et la base du sacrum.

La radiographie du bassin, rendue possible par l'élévation de la tête au-dessus du détroit supérieur, confirme le diagnostic clinique.

En raison de la disproportion, déjà notable à la fin du 8e mois de la grossesse, entre la tête fœtale et le bassin, M. Pinard décide qu'on pratiquera l'opération césarienne dès le début du travail et m'en confie le soin.

Au cours du dernier mois de la grossesse, l'albuminurie légère persista, malgré le régime lacté absolu. Un léger degré d'hydramnios apparut au milieu du mois de juin. Le 28 juin, le fond de l'utérus était à 35 centimètres du pubis.

7 *juillet.* — 7 heures du soir. Premières contractions utérines douloureuses, qui restent irrégulières et peu intenses pendant toute la nuit.

8. — 10 heures du matin. La dilatation étant d'une paume de main, les membranes intactes, les bruits du cœur fœtal normaux, je pratique, avec l'assistance de mon collègue Delestre, l'opération césarienne.

Incision médiane sus et sous-ombilicale de la paroi abdominale, permettant l'extériorisation de l'utérus gravide.

L'utérus est incisé verticalement sur la face antérieure. L'incision est faite aux ciseaux après ponction au bistouri permettant d'introduire l'index guide en arrière de la paroi musculaire. L'incision ne correspondait pas au placenta. Les membranes sont ponctionnées d'un coup de ciseau, et la main pénétrant dans l'œuf extrait une fille vivante pesant 3.080 grammes, dont la tête présentait déjà un certain degré de chevauchement (l'écaille de l'occipital chevauchant sous les pariétaux, les deux frontaux sous les pariétaux et le pariétal droit sous le gauche).

Le placenta et les membranes sont décollées sans incident. Il n'y a pas d'hémorragie. Pendant qu'un aide fait à l'opérée une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'ergotine, une mèche de gaze

stérilisée est poussée de l'utérus dans le vagin pour réaliser, non un tamponnement utérin, mais un drainage utéro-vaginal.

La suture de l'utérus est effectuée au catgut : un premier plan de dix points séparés comprend toute l'épaisseur de la paroi utérine ; un second plan, en surjet, séro-musculaire, assure l'affrontement des lèvres péritonéales de l'incision.

L'utérus bien retracté est replacé dans le ventre.

Suture de la paroi abdominale en un plan (fils d'argent). Pas de drainage.

Durée totale de l'intervention, pansement compris, 25 minutes.

Les suites opératoires furent simples. La température fut pendant les 48 premières heures au-dessus de la normale (37°8 et 38°2 le 9 juillet ; 38°1 et 39° le 10 juillet.

Le 3e jour, elle retombait à la normale et y restait. Le pouls demeura fréquent, oscillant entre 92 et 100 pulsations jusqu'au 18 juillet. Le ventre fut toujours souple.

La mèche utéro-vaginale fut retirée le 10 juillet, les fils le 17 juillet (réunion par première intention).

L'enfant, allaité par sa mère dès le 3e jour, pesait, le 9 août, 3.670 grammes.

Le 9 août, l'opérée quittait la clinique en bon état, ne présentant qu'une petite escarre, ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes, siégeant à droite de l'extrémité supérieure du sillon interfessier. Cette escarre qui fut signalée le 15e jour, était au moment de sa sortie de la clinique en voie de cicatrisation.

Elle reprit son métier de fleuriste, sans fatigue, n'éprouvant aucune douleur abdominale. Elle allaita son enfant pendant 16 mois. Ses règles reparurent au bout de 10 mois, en tout semblables à ce qu'elles étaient autrefois.

Deuxième grossesse. — Avortement de 2 mois en novembre 1904. Suites simples. Réapparition des règles un mois après.

Troisième grossesse. — Dernières règles du 4 au 9 mars. La grossesse évolue sans incidents. Pas de douleurs. Pas d'albumine dans les urines. Elle entre le 14 novembre à la clinique Baudelocque.

Le fond de l'utérus est à 35 centimètres au-dessus du pubis. Léger degré d'hydramnios. La tête du fœtus est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Il ne semble pas cliniquement qu'il y ait d'adhérences entre la paroi utérine et la paroi abdominale, dont la cicatrice pigmentée reste correcte.

Pendant la fin du mois de novembre, l'hydramnios s'accentue. La paroi utérine est constamment tendue. Le 3 décembre, le fond de l'utérus s'élève à 47 centimètres au-dessus du pubis.

Le 6 décembre, à 2 heures et demie du matin, B... est réveillée par une violente douleur. La sage-femme de garde prévenue, la fait transporter à la salle de travail n° 2. B... se plaint d'une façon continue. On pense à un début de travail, et, selon des instructions données, je suis immédiatement prévenu.

Rapidement, l'état général s'aggrave : douleurs continues, ventre hyperthésié et difficile à palper, tendances syncopales, pâleur, cyanose des lèvres et des extrémités, sueur de la face, pouls s'améliorant et atteignant au bout d'une heure, 140 pulsations.

A 4 heures, je pratique la laparotomie, et dès l'ouverture du ventre, s'écoule en abondance un liquide sanglant. Le fœtus, libre au milieu des anses intestinales, est extrait. C'est un garçon pesant 3.510 grammes, il est mort.

Le cordon est sectionné.

L'utérus, libre d'adhérences, porte sur sa face antérieure une large brèche verticale. A travers la brèche sort le placenta, complètement décollé.

L'utérus est amené hors du ventre et amputé au-dessus d'une ligature élastique.

Le petit bassin et les fosses iliaques sont débarrassées des caillots et du sang qui les remplissent. Un drain est placé dans le Douglas et un dans chaque fosse iliaque. Les trois drains sont fixés derrière le pédicule extériorisé à l'angle inférieur de la plaie. La paroi abdominale est suturée au fil d'argent (un plan de sutures).

Une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel est faite immédiatement après le pansement.

L'intervention a duré en totalité 25 minutes.

Suites. — Les suites opératoires ont été simples.

Les drains latéraux ont été enlevés le 3e jour, les fils le 9e (réunion par première intention.

Le moignon a été sectionné le 15e jour.

Le 44e jour, l'opérée quittait la clinique en excellent état. La cicatrisation de la région du moignon était complète.

7 *mars* 1906. — Elle avait repris son métier, ne souffrant pas et n'ayant pas d'éventration.

3. — Année 1906. Obs. 1516.

Cyphose lombo-sacrée. — Opération césarienne conservatrice. — Désunion de la plaie utérine. — Opération de Porro par M. Lepage, 24 heures après la première intervention. — Guérison.

L. M..., 23 ans, primipare. Père mort de tuberculose.

La femme a fait ses premiers pas à un an 1/2.

A 3 ans se manifestent les premiers symptômes du mal de Pott.

La maladie s'annonce par l'arrêt de la marche ; puis apparaît un abcès dans la région inguinale droite. Immobilisation au lit pendant trois années, au cours desquelles les médecins traitants ponctionnent plusieurs abcès. A 6 ans, la marche est reprise à l'aide de béquilles d'abord, puis sans aide. Des fistules persistent. De loin en loin ces fistules se ferment et la marche redevient impossible pendant quelques mois. C'est seulement après 2 ans de séjour à l'hôpital de Redon, à l'âge de 14 ans, que la guérison est définitive.

Actuellement, la femme est pâle, maigre, d'aspect chétif. Taille 1 m. 30. Les membres inférieurs qui paraissent démesurément longs mesurent 80 centimètres du trochanter au bord externe du talon. Les membres supérieurs sont assez longs pour que l'extrémité des doigts affleure la base de la rotule ; le thorax, avec sa base élargie par la projection des fausses côtes en dehors, et le bassin, avec ses crêtes iliaques également très saillantes, ressemblent à deux cônes superposés et accolés par leur base. Cyphose pure très prononcée mesurant 10 centimètres, occupant la hauteur de la région lombaire, qui paraît affaissée sur elle-même, et empiétant sur la partie haute du sacrum.

Dernières règles du 28 novembre au 3 décembre. A part quelques hémorragies intermittentes au mois de mai, la grossesse évolue sans incidents. Cette femme, domestique, quitte sa place le 5 mai pour entrer au dortoir de la clinique.

Examen de M. Pinard : Le bassin est en entonnoir, avec ailes

iliaques saillantes, fortement déjetées en dehors ; fesses aplaties. L'axe pelvien semble voisin de la verticale ; les cuisses étant rapprochées, la partie antérieure de la vulve reste visible ; cicatrices d'abcès dans la région inguinale droite et la région lombaire.

Le détroit inférieur est très étroit, il est impossible d'y placer trois doigts de champ suivant le diamètre transverse ; le peu de développement des parties molles compromet les résultats d'une symphyséotomie. M. Pinard décide qu'il y aura lieu de pratiquer à terme une opération césarienne, conservatrice si possible. Les mois suivants l'utérus augmentant de volume sort de la cavité abdominale pour se développer au-devant des cuisses. Pas d'accommodation pelvienne.

11 *septembre*. — 4 h. matin. Début du travail.

3 h. soir. — Les contractions se succèdent régulièrement toutes les deux ou trois minutes. Bien qu'il n'y ait pas encore de modifications très appréciables du col qui est entr'ouvert, M. Lepage décide d'intervenir de suite, afin d'éviter les complications d'une rupture précoce des membranes et par crainte d'une rupture résultant de l'antéversion exagérée de l'utérus.

Opération césarienne conservatrice par M. Lepage. Incision de la paroi sus-ombilicale dans ses trois quarts supérieurs. L'antéversion utérine ne peut être corrigée qu'incomplètement : la section intéresse la partie haute de la paroi antérieure de l'organe, traverse le fond et entame la paroi postérieure. L'utérus est laissé en place. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.075 grammes. D. Bi.-P. 9, 1. Extraction du placenta et des membranes, pesant 480 grammes ; mèche utéro-vaginale. Suture de la plaie utérine : 7 fils profonds prenant toute l'épaisseur de la paroi, points séparés superficiels pour compléter l'affrontement. Matériel de suture : catgut n° 1 de Robert et Leseurre. Drain n° 23 dans le péritoine. Fermeture de la paroi par un surjet péritonéal et des crins. Une injection sous-cutanée d'ergotine a été faite au moment des sutures. L'hémorragie a été assez abondante parce que le placenta était inséré au niveau de la section. Durée de l'intervention, 35 minutes.

Pendant la nuit qui suit, vomissements, douleurs abdominales, insomnie. Une piqûre de morphine n'amène que quelques instants de repos

12. — 10 heures matin. P. 120. Pâleur, dyspnée ; le pansement est

imbibé de sang et le drain en fait sourdre une certaine quantité à la pression. Un nouveau pansement compressif est appliqué : le pouls est surveillé ainsi que les pièces du pansement.

2 heures soir. P. 140, téguments décolorés, pupilles dilatées ; le pansement est traversé de sang.

4 heures soir. M. Lepage fait anesthésier la femme dans le but de rouvrir la cavité abdominale après section des points de suture et du surjet péritonéal. L'utérus apparaît immédiatement : la plaie opératoire est béante, ses bords sont inversés, des débris de catgut sont encore adhérents au tissu utérin. Sang liquide et caillots dans le péritoine. A ce moment les lèvres de la plaie ne sont plus l'origine d'aucun écoulement sanguin. Amputation utéro-ovarienne suivant la technique de Porro. Asséchement du péritoine avec des compresses. Au moment de fermer le ventre, du sang liquide en nappe sort de la profondeur du Douglas : la source de l'hémorragie est le pédicule utéro-ovarien, la partie inférieure du ligament large gauche s'étant dilacérée au-dessus du lien élastique. Ligature isolée des vaisseaux. Placement du drain n° 40 en arrière du moignon. Suture de la paroi abdominale, 750 grammes de sérum artificiel.

Suites de couches. — Pendant 36 heures, la femme reste en état de shock. Elle est dyspnéique, très pâle. Son pouls est faible, mal frappé et oscille entre 120 et 140.

Des injections sous-cutanées de sérum sont pratiquées par doses fractionnées de 300 grammes (1.200 gr. en 48 heures).

Le 3e jour, l'état s'est sensiblement amélioré. Le pouls est bien frappé et régulier. Les symptômes généraux d'anémie et de schock ont sensiblement diminué. La femme peut prendre un peu de lait.

Le drain est enlevé.

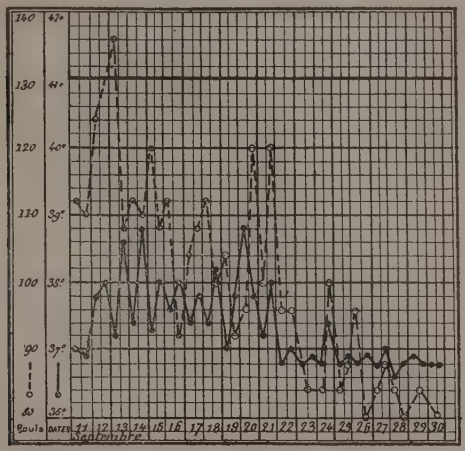
Les jours suivants, à part quelques élévations de température, l'état s'améliore, et la convalescence suit son cours. Des pansements quotidiens sont faits, le moignon se momifie.

L'ascension brusque, en clocher, de la température au 10e jour est due à une lymphangite du sein.

Le 11e jour, après la deuxième intervention, chute du pédicule.

Le 11 *octobre* la malade se lève pour la première fois. Elle quitte le service bien portante le 6 décembre.

L'*enfant* pesait 2.030 grammes le lendemain de l'opération, il ne rattrapait son poids de naissance que le 20e jour. A partir de ce mo-



Graphique 42.

ment il fait des augmentations quotidiennes de poids de 40 grammes en moyenne.

Il quitte le service en très bon état, le 6 décembre, pesant 5.300 grammes.

CONCLUSIONS

I. — L'opération césarienne et les résultats obtenus ont, depuis 1880, restreint progressivement les indications de l'hystérectomie jadis considérées comme le complément nécessaire de la section césarienne.

II. — Lorsque l'indication de l'hystérectomie est posée on a le choix entre le manuel opératoire de Porro (pédicule externe avec ligature élastique)et le manuel opératoire moderne de l'hystérectomie supra-vaginale ou totale.

L'opération de Porro que,suivant l'expression de M. Pinard, tout praticien doit savoir faire et bien faire, est facile et rapide à exécuter, dans n'importe quel milieu, avec un arsenal chirurgical des plus restreints. Elle est bien moins dangereuse au double point de vue de l'hémostase et de l'infection secondaire ; on ne peut lui reprocher que la lenteur et le manque d'esthétique de sa cicatrisation.

L'hystérectomie supra-vaginale ou totale est plus élégante, c'est vrai, mais elle demande des conditions parfaites de *milieu, d'assistance et d'expérience opératoire* pour être menée à bien. La durée en est infiniment plus longue, l'hémostase d'autant plus difficile à réaliser, que l'on opère, non plus dans les conditions normales de la chirurgie abdominale, *mais sur des utérus gravides.*

C'est donc à la méthode de Porro que le praticien devra donner sa préférence toutes les fois qu'il ne se jugera pas en mesure de réaliser les conditions capables d'assurer le succès d'un autre mode d'hystérectomie.

D'ailleurs, les hystérectomies totales, souvent suivies d'un

drainage abdominal prolongé, présentent au point de vue de la cicatrisation les mêmes conséquences que l'amputation utéro-ovarique de Porro.

III. — Dans les cas où le contenu de l'utérus n'était pas infecté, 30 opérations de Porro ont été suivies de 27 succès.

Dans 16 cas, l'indication était fournie par une viciation pelvienne ou par une sténose non néoplasique du col utérin. Une seule femme est morte d'une péritonite généralisée.

Dans les 13 autres cas, l'opération était compliquée :

5 fois par des tumeurs, une seule opérée est morte d'une occlusion intestinale 3 jours après l'opération.

4 fois par des sténoses cancéreuses, une seule opérée atteinte d'un néoplasme gastrique et dont le cancer utérin n'était qu'une métastase est morte, de cachexie cancéreuse.

2 fois par des adhérences, les deux opérées ont guéri.

3 fois, l'utérus était rupturé, les 3 femmes sont sorties vivantes et bien portantes.

IV. — Dans les cas où le contenu de l'utérus était infecté, l'enfant étant vivant, 6 opérations ont été pratiquées suivies de 6 succès.

V. — Dans les cas où le contenu de l'utérus était infecté et l'enfant mort et putréfié, 7 opérations de Porro se sont terminées par 4 guérisons et 3 morts.

Vu :
Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu :
Le Doyen,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD,

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PRÉFACE 7

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE

MANUEL OPÉRATOIRE

TECHNIQUE ACTUELLE DE L'OPÉRATION DE PORRO 20

§ 1. — Avant l'opération 20
§ 2. — Opération proprement dite 24
§ 3. — Suites opératoires 28
§ 4. — Complications opératoires. 32

DEUXIÈME PARTIE

INDICATIONS

CHAPITRE PREMIER. — Utérus non infectés 41

§ 1. — VICIATIONS PELVIENNES. 41

Observations 59

1° Opérations de Porro. 59
2° Hystérectomies. 95

§ 2. — TUMEURS 101

Observations 106

1° Opérations de Porro 106
2° Hystérectomies. 120

§ 3. — STÉNOSES 135

Observations 140

§ 4. — Utérus fixés par des adhérences 159

Observations 163

1° Opérations de Porro. 163
2° Hystérectomies. 166

CHAPITRE II. — **Utérus infectés** 175

Observations 182

1° Opérations de Porro 182
2° Hystérectomies. 219

CHAPITRE III. — **Utérus rupturés** 223

Observations 227

Conclusions. 239

Imp. J. Thevenot. — Saint-Dizier (Haute-Marne).